

Sveučilište u Zagrebu

Filozofski fakultet

Odsjek za psihologiju

**DRUŠTVENI KONTEKST, ISKUSTVA I POTREBE MAJKI I TRUDNICA
ADOLESCENTNE DOBI U HRVATSKOJ**

Diplomski rad

Anamarija Vuić

Mentor: Doc. dr. sc. Anita Lauri Korajlija

Zagreb, 2015.

Sadržaj

UVOD.....	1
Zašto istraživanje ove teme?.....	1
Adolescentske trudnoće – rizici i ishodi.....	1
Kontracepcija i (ne)planiranje trudnoće	3
Percepcija majčinstva	5
Socijalna podrška i otpornost.....	6
CILJ	7
METODOLOGIJA	8
Sudionice	8
Postupak.....	9
Analiza podataka	10
REZULTATI	10
Socijalni kontekst	11
Iskustva iz primarne obitelji	11
Partnerski i seksualni odnosi	11
Znanje o seksualnim odnosima.....	12
Korištenje zaštite	14
Iskustva s centrima za socijalnu skrb.....	15
Odluka o trudnoći	16
Planiranje	16
Saznanje o trudnoći - misli, osjećaji i ponašanje	16
Reakcija okoline i razmatranje opcija.....	17
Razdoblje trudnoće	18
Stigmatizacija	19
Rizična ponašanja	19
Majčinstvo	20
Osjećaji i promjene	20
Percepcija djeteta	21
Stupanj podrške i budućnost.....	22
Planovi	22
Podrška	22
Potrebe i preporuke.....	23
RASPRAVA.....	23
Ograničenja istraživanja	31
ZAKLJUČAK.....	31
REFERENCE	33
Prilog A	41

Društveni kontekst, iskustva i potrebe majki i trudnica adolescentne dobi u Hrvatskoj
Social context, experiences and needs of adolescent mothers and pregnant adolescents
in Croatia

Anamarija Vuić

SAŽETAK

Cilj ovog istraživanja bio je ispitati društveni kontekst u Republici Hrvatskoj u kojem odrastaju trudnice i majke adolescentne dobi, njihova iskustva tijekom trudnoće i majčinstva, podršku koju dobivaju, posebno se osvrćući na podršku institucija i dostupnost programa podrške. Podaci su prikupljeni kroz intervju s devet sudionica. Rezultati pokazuju da postoji niz rizičnih čimbenika koji su prethodili adolescentskoj trudnoći. Iako trudnoća uglavnom nije planirana, nakon početnog šoka je dobro prihvaćena te su sve sudionice imale podršku barem jedne bliske osobe. Majčinstvo za sudionice uglavnom predstavlja pozitivan životni događaj koji ih je motivirao na promjene dosadašnjih navika. Također se pokazalo da su programi podrške uglavnom rijetki, a njihova dostupnost je mala te postoji potreba za razvijanjem sustavnih preventivskih i intervencijskih programa. Cjeloviti seksualni odgoj ističe se kao najvažniji oblik prevencije, ali i veća dostupnost kontracepcije kao i mogućnost prekida trudnoće. Postoji potreba za većim brojem stručnih radnika koji bi majkama mogli omogućiti veću institucijsku podršku od dosadašnje, kao i razvijanje programa podrške.

Ključne riječi: kvalitativno istraživanje, adolescentska trudnoća, društveni kontekst

ABSTRACT

The aim of this research was to examine the social context in Croatia in which adolescent pregnancy occurs, with a focus on the institutional support and the availability of support programs. The data was collected through interviews with nine female participants. The results show that there are numerous risk factors that preceded adolescent pregnancy. Although the pregnancy in most cases wasn't planned, it was accepted after the initial shock. All the participants had support of at least one person close to them. For the participants, motherhood represents a positive life event that motivated them to change their previous habits. It was also shown that support programs are rare and their availability is low. There is a need for developing prevention and intervention programs. Sexual education is addressed as the most important way of prevention, as well as higher availability of contraception and the possibility of abortion. There is a need for employing a higher number of qualified experts who would be able to enable better institutional support and more support programs.

Keywords: qualitative research, adolescent pregnancy, social context

UVOD

Zašto istraživanje ove teme?

Trudnoća u adolescenciji u Hrvatskoj još uvijek nije dovoljno prepoznata i sukladno tome joj se ne pridaje dovoljno važnosti, kako u znanstveno-istraživačkom, tako i u društvenom kontekstu. Pretražujući do sada provedena istraživanja u Hrvatskoj, osim nekolicine statističkih podataka koje svake godine objavljuje Hrvatski zavod za javno zdravstvo i analize UNICEF-a i Udruge Korak po korak, shvatila sam ovu temu kao izazov koji se povećao kada sam odlučila provesti kvalitativno istraživanje.

Može se postaviti i pitanje je li ovo istraživanje u Hrvatskoj potrebno s obzirom na razmjerno velik broj saznanja iz stranih istraživanja. S obzirom na to da su strana istraživanja uglavnom provedena u SAD-u, gdje su jedni od glavnih prediktora maloljetničke trudnoće rasa i etnička pripadnost, smatram važno je povećati postojeće znanje o ovoj problematici iz perspektive hrvatskih adolescentica. Na velik broj pitanja još uvijek ne znamo odgovore – tko su majke i trudnice adolescentice u Hrvatskoj, gdje žive, kakvo je njihovo porijeklo, u kakvim su uvjetima odrastale, koja su njihova iskustva i pogledi na majčinstvo. Osim toga, programi podrške ovim djevojkama gotovo da i ne postoje te je važno čuti i u kakve se aktivnosti uključuju te koliko podrške općenito dobivaju.

Adolescentske trudnoće – rizici i ishodi

Prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije ([WHO], 2007), adolescencija je razdoblje od 10. do 19. godine života. Jedan od normativnih zadataka u adolescenciji je i seksualni razvoj pa tako većina mladih ljudi tada postaje seksualno aktivna (Krahé, 2008; prema Piquart i Pfeiffer, 2014). Istraživanja studentske populacije pokazuju da većina mladih u Hrvatskoj prvi seksualni odnos ima u dobi od 17 godina (Štulhofer, Anterić i Šlosar, 2004). Međutim, prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo (Kuzman, Pavić Šimetin i Pejnović Franelić, 2012), čak je 12,7% djevojčica u dobi do 15 godina imalo seksualne odnose. Ovi podaci u skladu su s posljednjim međunarodnim istraživanjem UNICEF-a (2011) prema kojem je oko 11% djevojaka dobi od 15 do 19 godina prvi seksualni odnos imalo prije 15. godine.

Iako je seksualna aktivnost često povezana s užitkom i može imati pozitivne posljedice za razvoj adolescenata (Vasilenko, Lefkowitz i Welsh, 2014), ona također

može dovesti i do dugoročnih negativnih ishoda. Jedan od njih je i adolescentska trudnoća, u slučajevima kada mladim ljudima nedostaje osobnih i socijalnih resursa za nošenje sa zahtjevima koje ona predstavlja (Pinquart i Pfeiffer, 2014). U Hrvatskoj su u 2014. godini zabilježene 1442 trudnoće djevojaka starih do 19 godina (Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2015), što među djevojkama koje su se odlučile nastaviti trudnoću čini stopu od 10,1/1000 (10,1 porod na 1000 djevojaka te dobi).

Adolescentske trudnoće obično su povezane s nizom rizičnih čimbenika. Prije svega, mladi koji se prerano upuštaju u seksualne odnose u većem su riziku od adolescentskih trudnoća, osobito zato što je rana seksualna aktivnost povezana i s manjom upotrebom zaštite (Mićanović, 2013). Za majke adolescentice je vjerojatnije nego za njihove vršnjakinje bez djece, da dolaze iz siromašnijih zajednica s ograničenim prilikama za obrazovanje i zapošljavanje (Wilson, 1987). Također, djevojke koje su u djetinjstvu doživljavale zlostavljanje ili zanemarivanje imaju veću vjerojatnost trudnoće u adolescenciji (Noll i Shenk, 2013). Povećani rizik od adolescentske trudnoće posebno se ističe kada je u pitanju seksualno zlostavljanje – prema metaanalizi Noll, Shenk i Putnam (2009) čak 4.5 od 10 trudnih adolescentica je doživjelo seksualno zlostavljanje. Drugi rizici uključuju nasilje u vezi (Saewzyc, Magee i Pettingell, 2004), maloljetničku delinkvenciju (Barrett, Katsiyannis, Dalun Zhang i Kingree, 2015), uključenost u sustav socijalne skrbi (Courtney i sur., 2005) te boravak u domovima za djecu bez odgovarajuće roditeljske skrbi (Pecora i sur., 2006; Shaw, Barth, Svoboda i Shaikh, 2010).

Rezultati istraživanja ishoda adolescentskih trudnoća nisu jednoznačni (Geronimus, 2003). Dok se s jedne strane navodi niz zdravstvenih, socijalnih i ekonomskih nepovoljnih ishoda za majku i dijete, postoji neslaganje među istraživačima oko toga je li dob majke sama po sebi kauzalno povezana s njima (Levine, Emery i Pollack, 2007). Dosadašnja istraživanja pokazuju da majke adolescentice imaju veći rizik od hipertenzije, anemije, ranijeg i produljenog porođaja, a u trudnoći je primjetan slabiji rast fetusa te kasnije i niža porođajna težina (WHO, 2007). Od socioekonomskih poteškoća navode se manja vjerojatnost završetka školovanja, smanjene poslovne prilike, samohrano majčinstvo (Borkowski, Whitman i Farris, 2007) te veći rizik od siromaštva i primanja socijalne pomoći (Meade, Kershaw i Ickovics, 2008). Djeca nevjenčanih adolescentica u većem su riziku od delinkventnog ponašanja, akademskog

neuspjeha te ranog stupanja u seksualne aktivnosti (Campa i Eckenrode, 2006; Wakschlag, Gordon, Lahey, Loeber i Leventhal, 2000).

Međutim, Hotz, McElroy i Sanders (2005) zaključuju da velik dio istraživača adolescentskih trudnoća nije ispravno uzeo u obzir postojeće razlike u socioekonomskom statusu između mlađih i starijih majki te su negativne posljedice majčinstva u adolescenciji značajno preuveličane. Uspoređujući majke u kasnim dvadesetima, koje su rodile u adolescenciji, s drugim ženama istog socioekonomskog statusa, zaključuju da unatoč izazovima iz ranije dobi, imaju veći poslovni uspjeh i primanja te manje sudjeluju u programima socijalne skrbi. Prema tome, postoje alternativna objašnjenja za negativne ishode adolescentskog roditeljstva kao što su nejednak pristup obrazovanju, zaposlenju ili stambenim prilikama, a ignorirajući postojeći nepovoljan položaj, negativni efekti roditeljstva u adolescenciji nisu prava slika stanja (Geronimus, 1997; SmithBattle, 2007).

Kontracepcija i (ne)planiranje trudnoće

Mnoga istraživanja pokazuju da adolescenti imaju pristup različitim oblicima zaštite od trudnoće, ali ih ne koriste ili su neučinkoviti u njihovoj upotrebi (Kirby, 1997). Postoji niz čimbenika povezanih s upotrebom kontracepcije kao što su sociodemografske karakteristike (dob, rasa, prihodi), karakteristike obitelji (obrazovanje roditelja, bliskost s roditeljima) te individualne karakteristike (kognitivne sposobnosti, obrazovni uspjeh i očekivanja, samopoštovanje, dob stupanja u seksualne odnose, stavovi prema trudnoći).

Istraživanja pokazuju da se s povećanjem znanja o seksualnom zdravlju i prevenciji trudnoće povećava vjerojatnost da će adolescenti prakticirati zaštićene seksualne odnose (Kohler, Manhart i Lafferty, 2008; Mueller, Gavin i Kulkarni, 2008). Seksualna edukacija trenutno je jedina zdravstvena intervencija koja se pokazuje učinkovitom u smanjenju posljedica rane seksualne aktivnosti adolescenata, osobito ako je ispravna edukacija o reproduktivnom zdravlju pružena prije stupanja u prvi seksualni odnos (Dillon i Cherry, 2014).

Iako neki i dalje propitkuju doprinos sveobuhvatne seksualne edukacije, kumulativna istraživanja od 1970-ih konzistentno pokazuju da su ovi programi uspješniji u odgađanju početka seksualne aktivnosti te smanjenu spolno prenosivih

infekcija i adolescentske trudnoće od apstinencijskih programa koji se fokusiraju na odgađanje seksualne aktivnosti do ulaska u brak (Kohler, Manhart i Lafferty, 2008). Na češće korištenje zaštite pozitivno utječe i razgovor s roditeljima o seksualnom zdravlju prije stupanja u prvi seksualni odnos (Miller, Levin, Whitaker i Xu, 1998). Vrlo važna odrednica korištenja kontracepcije je i komunikacija s partnerom (Stone i Ingham, 2002).

Iako su adolescentske trudnoće u najvećem broju neplanirane i neželjene, postoje djevojke koje žele ostati trudne te one koje imaju ambivalentne stavove prema trudnoći (Jaccard, Dodge i Dittus, 2003). Kissin i sur. (2008) navode da je više od 20% od svih adolescentskih trudnoća u 2002. godini bilo planirano. Kod nekih djevojaka pozitivni pogledi na majčinstvo ili ambivalencija prema trudnoći smanjuju motivaciju za korištenjem kontracepcije (Rocca i sur., 2010). Međutim, isključivo ambivalencija prema trudnoći dovodi do nekonzistentnog korištenja kontracepcije, čak i kada je dostupna (Brückner, Martin i Bearman, 2004; Crosby, Diclemente, Wingood, Davies i Harrington, 2002). Djevojke koje imaju podijeljene osjećaje oko trudnoće također se oslanjaju i na manje učinkovite metode zaštite, poput prekinutog snošaja (Frost i Darroch, 2008; Schwarz, Lohr, Gold i Gerbert, 2007). Ova saznanja su vrlo važna prilikom kreiranja preventivnih programa.

Nakon spoznaje da je trudna, mlada majka se može odlučiti zadržati dijete ili prekinuti trudnoću. Na odluku o zadržavanju trudnoće utječe nekoliko čimbenika. Prije svega, dostupnost mogućnosti pobačaja može utjecati na konačnu odluku (Henshaw i Van Vort, 1994). Međutim, čak i kada je on dostupan, mnoge žene namjerni prekid trudnoće mogu smatrati neprihvatljivom opcijom iz različitih razloga – moralnih ili religijskih uvjerenja, straha od tjelesnih ili emocionalnih posljedica, kulturalnih ili obiteljskih stavova vezanih uz pobačaj i ženinu ulogu u podizanju djece (Frost i Oslak, 1999). Jedna od važnih odrednica odluke je i razdoblje saznanja. Iskustva u Hrvatskoj pokazuju da se često trudnoća maloljetnih djevojaka utvrđuje po isteku deset tjedana od dana začeća, što mnogim djevojkama zatvara opciju prekida trudnoće s obzirom na to da se on može izvršiti do desetog tjedna, odnosno nakon njega isključivo po odobrenju komisije (Stanić, 2011).

Djevojke koje se odluče na zadržavanje trudnoće, mogu birati između posvojenja i zadržavanja djeteta, a posvojenje je opcija za koju se najrjeđe odlučuju

(Nordberg, Delva i Horner, 2014). U slučaju kada djevojka odluči zadržati dijete, trudnoća i majčinstvo su znatno olakšani ako dobije podršku obitelji. Međutim, postoje i situacije u kojima su djevojke primorane tražiti drugi smještaj, bilo zbog neprihvatanja od strane roditelja ili nepovoljnih uvjeta koji onemogućavaju adekvatnu skrb o djetetu. U tom slučaju, djevojke se smještaju u ustanovu ili u udomiteljsku obitelj zajedno s djetetom. U Hrvatskoj trenutno postoje četiri doma osposobljena za prihvata adolescentica s djecom, a uglavnom je riječ o domovima za djecu bez odgovarajuće roditeljske skrbi u kojima je uređen i odjel za majke s djecom (Stanić, 2011).

Percepcija majčinstva

Izazovne okolnosti vezane uz neplaniranu trudnoću, poput prekida školovanja, manjka pripremljenosti za majčinstvo i obiteljskih konflikata zbog trudnoće, mogu djelovati kao vrlo stresan događaj na život nevjenčanih tinejdžerica (Geller, 2004). Unatoč tome, velik broj adolescentnih majki izdvaja pozitivne aspekte trudnoće i majčinstva te dobrobiti koje im donose (Kendall i sur., 2005).

Iskustva majki koje nisu začele u adolescenciji pokazuju da je proces postajanja majkom rijetko neproblematičan, a karakteriziraju ga ambivalencija s jedne strane te sreća i ispunjenje s druge (Miller, 2005; Shelton i Johnson, 2006). Adolescentska trudnoća uglavnom nije bila dio zamišljene budućnosti djevojaka pa su najčešće brige vezane uz teškoću ostvarivanja dotadašnjih aspiracija, poput obrazovnih i poslovnih postignuća te ekonomske stabilnosti (McMichael, 2013). U kvalitativnom istraživanju koje je provela Rolfe (2008) majke smještene u domove za nezbrinutu djecu su prvo isticala teškoće s kojima se suočavaju, a zatim naglašavale značajno veći broj pozitivnih aspekata majčinstva. Neke od navedenih teškoća uključivale su kroničan umor, financijske probleme te ograničenje vlastite slobode. Iako uglavnom nisu planirale trudnoću, puno djevojaka je reklo da su se osjećale spremnima zbog prethodnog iskustva brige za djecu.

Iako su majke svjesne teškoća, pronalaze smisao, odgovornost i motivaciju u svojoj novoj ulozi (Haight, Finet, Bamba i Helton, 2009; Pryce i Samuels, 2010; Rolfe, 2008). Najčešće navode da dijete za njih predstavlja snagu koja je promijenila njihov život te se uglavnom nadaju da će izgraditi dobar odnos sa svojom djecom i pružiti im ono što same nisu dobile od svojih roditelja (Lesser, Anderson i Koniak-Griffin, 1998).

Nadalje, dobrobiti koje majke iznose uključuju i priliku da postanu odgovorne, ojačaju postojeće veze s partnerom i ostatkom obitelji te povećaju samopouzdanje (Kendall i sur., 2005).

Mlade majke smještene u ustanovama i udomiteljskim obiteljima također percipiraju niz pozitivnih aspekata majčinstva. Prije svega, na priliku da se brinu za dijete gledaju kao pozitivan razlog selidbe iz doma (Sinclair, Baker, Wilson i Gibbs, 2005). Osim toga, dolazak djeteta može služiti velikom broju važnih funkcija u životu roditelja – mnogi roditelji govore o djetetovoj mogućnosti da ispuni njihove emocionalne potrebe (Barn i Mantovani, 2007; Knight, Chase i Aggleton, 2006; Love, McIntosh, Rosst i Tertzakian, 2005), o motivaciji da učine pozitivne životne promjene, poput završetka školovanja ili traženja zaposlenja (Haight i sur., 2009; Love i sur., 2005). Mlade majke također navode da im je dijete i dodatna motivacija za uspjeh, stabilnost i zrelost, dok ih je roditeljstvo učinilo puno odgovornijima (Svoboda, Shaw, Barth i Bright, 2012).

Socijalna podrška i otpornost

Institucije u Hrvatskoj, uključene u istraživanje koje su proveli UNICEF i Korak po Korak (Stanić, 2011), uglavnom procjenjuju da maloljetni roditelji često ili gotovo uvijek odgovorno preuzmu brigu o djetetu, a u većini slučajeva podrška od strane partnera i obitelji ne izostaje. Mlade majke se značajno oslanjaju na svoju socijalnu mrežu kako bi se nosile s izazovima roditeljstva, a one s većom podrškom imaju i smanjenu razinu doživljenog stresa (Dormire, Strauss i Clarke, 1989; Camp, Holman i Ridgway, 2003). Mladim majkama koje se nose sa stresom trudnoće i majčinstva socijalne mreže mogu olakšati prilagodbu nakon rođenja djeteta (Gee i Rhodes, 2008).

Socijalna podrška je važan prediktor pozitivnih psiholoških ishoda adolescentske trudnoće. U usporedbi s majkama koje su imale visoku razinu podrške, majke s nižim razinama socijalne podrške bile su lošijeg zdravlja tijekom trudnoće i iskazivale su više simptoma depresije (Stevenson, Maton i Teti, 1999). Većina adolescentica oslanja se na svoje majke radi emocionalne podrške i ljubavi (Spear, 2001). S druge strane, nedostatak podrške od strane oca djeteta povećava percipirani stupanj stresa (Cooper, McLanahan, Meadows i Brooks-Gunn, 2009). Iako su se istraživači uglavnom usmjerili na podršku roditelja ili partnera, Hurd i Zimmerman (2010) su otkrili da i podrška

odrasle osobe koja nije roditelj ili partner modificira vezu između stresa i psihičkih poteškoća te pozitivno djeluje na majke.

Istraživanja provedena među majkama bez odgovarajuće roditeljske skrbi, smještenima u ustanovama, pokazuju da majke često nemaju povjerenja u druge djevojke smještene s njima, kao ni u socijalne radnike (Schrag i Schmidt-Tieszen, 2014). Djevojke navode i da se osjećaju stigmatizirano i prosuđivano od strane socijalnih radnika, u strahu su od oduzimanja djece te svoj odnos sa socijalnim radnicima procjenjuju narušenim zbog neredovitog kontakta i manjka podrške (Luke i Sebba, 2014). Istovremeno, socijalne radnike koji su češće prisutni i emocionalno podržavajući, djevojke smatraju korisnima (Mantovani i Thomas, 2015).

Osim socijalne podrške, važan čimbenik u prilagodbi adolescentica na majčinstvo čini i njihova otpornost (engl. *resilience*). Odlučnost, optimizam i ustrajnost, koji karakteriziraju otpornost, mogu pomoći majkama da svoja negativna iskustva pretoče u pozitivna, što im daje energiju da se više trude u odgoju djece (Wagnild i Young, 1990). Istraživanja pokazuju da su majke adolescentice koje vide trenutne životne promjene kao pozitivne, sposobne identificirati osobne snage i koristiti aktivne strategije suočavanja (Arenson, 1994; SmithBattle i Wynn Leonard, 1998). Njihova zrelost, pozitivno samopoštovanje te odnos s vlastitom majkom povezani su s poboljšanim ishodima za majke adolescentice (Hess, Papas i Black, 2002). Primarno se fokusirajući na negativne ishode koje adolescentska trudnoća donosi majkama i djeci te ignorirajući kapacitete ovih obitelji i njihove pokušaje da napreduju unatoč teškim okolnostima, možemo im uskratiti velik broj prilika da u tome i uspiju.

CILJ

Cilj ovog istraživanja bio je ispitati društveni kontekst u Republici Hrvatskoj u kojem odrastaju trudnice i majke adolescentice, njihova iskustva tijekom trudnoće i majčinstva, podršku koju dobivaju, posebno se osvrćući na podršku institucija i dostupnost programa podrške.

METODOLOGIJA

Sudionice

Istraživanje je provedeno na prigodnom uzorku, a glavni kriterij za odabir sudionica bila je njihova dob te trenutno iskustvo trudnoće ili majčinstva. Potencijalnih sudionica bilo je jedanaest. Jedna sudionica je nakon višestrukih dogovora odustala, a druga se odselila pa više nije bila u mogućnosti sudjelovati. Stoga je konačan broj sudionica bio devet. Većina sudionica (njih sedam) bila je smještena u Materinskom odjelu Dječjeg doma Zagreb – Nazorova te u Kući ljubavi Caritasa Zagrebačke nadbiskupije. Ostale dvije su živjele ili s majkom ili s oba roditelja.

U Tablici 1. prikazani su demografski podaci sudionica. Dvije sudionice bile su trudne u trenutku provedbe istraživanja, dok su ostale sudionice majke. Iako se sve sudionice izjašnjavaju kao religiozne osobe (katoličke ili islamske vjeroispovijesti), samo dvije navode da redovito prakticiraju vjeru.

Tablica 1
Demografske karakteristike sudionica.

		f
Dob sudionica	14	1
	15	2
	16	1
	17	2
	18	1
	19	2
Smještaj	Dječji dom Zagreb – Nazorova	4
	Caritas – Kuća ljubavi	3
	Obitelj	2
Mjesto odrastanja	Selo	1
	Manji grad	3
	Veliki grad	5
Razina obrazovanja	Pohađa osnovnu školu	2
	Pohađa srednju školu	3
	Prekinula srednju školu	3
	Pohađa fakultet	1
Financijski status obitelji	Ispodprosječan	3
	Prosječan	4
	Iznadprosječan	2
Status veze	U vezi s ocem djeteta	5
	U vezi, ali ne s ocem djeteta	3
	Nije u vezi	1

Postupak

S obzirom na cilj istraživanja, za njegovu provedbu je odabrana kvalitativna metodologija. Podaci su prikupljeni kroz polustrukturirane intervjuve tijekom svibnja 2015. godine. Intervjui su održani u prostorima ustanova u kojima djevojke žive te u prostorijama Savjetovališta za studente Filozofskog fakulteta u Zagrebu. Prije početka provedbe istraživanja, stupljeno je u kontakt sa stručnim osobljem Dječjeg doma Zagreb – Nazorova, Kuće ljubavi te Udruge Korak po korak koji su zatim informirali djevojke o provedbi istraživanja te prosljedili istraživačima kontakte onih koje žele sudjelovati.

Nakon kraćeg uvoda i objašnjenja cilja istraživanja te strukture i načina provođenja intervjua, od sudionica je zatraženo da potpišu pristanak za sudjelovanje u istraživanju u kojem su dodatno pojašnjena svrha i način provedbe istraživanja te prava sudionika, a zatim je zatražen pristanak za snimanje audio zapisa intervjua. Sa sudionicama je posebno proveden razgovor o zajamčenoj anonimnosti podataka koje iznose te je bilo jasno izneseno da mogu prekinuti sudjelovanje u istraživanju u bilo kojem trenutku.

Maloljetnim djevojkama uručena je i Obavijest o provedbi istraživanja namijenjena njihovim roditeljima ili skrbnicima. Na početku istraživanja prikupljeni su demografski podaci, a zatim su sudionice, prema Vodiču za intervju, odgovarale na pitanja koja se tiču njihovih prethodnih znanja i stavova o zaštiti od neželjene trudnoće, o vlastitom iskustvu trudnoće i majčinstva te društvenom kontekstu u kojem odrastaju (Prilog A). Prosječno trajanje intervjua bilo je 60 minuta. Nakon provedenih intervjua, svaka od sudionica dobila je poklon kao zahvalu za sudjelovanje u istraživanju.

Analiza podataka

Nakon provedenih intervjua, napravljeni su transkripti prema snimljenim audio zapisima. Transkripti su analizirani uz pomoć programa NVivo 8. Kodni plan napravljen je prema vodiču za intervju. Unutar svakog koda analizirane su specifične teme koje su se pojavljivale u intervjuu, a dodatni kodovi reflektirali su odgovore sudionica koji nisu bili unaprijed određeni.

Izabrani su citati koji najbolje reprezentiraju sličnosti i varijacije među djevojkama, a dodatno su uređeni da bi bili jasniji za čitanje.

REZULTATI

Prikaz rezultata istraživanja organiziran je prema temama obrađenima u intervjuu.

Socijalni kontekst

Iskustva iz primarne obitelji

Sve djevojke su odrasle u obiteljima narušene dinamike. Gotovo sve navode slabiji ili gotovo nikakav kontakt sa svojim očevima, bilo da je on posljedica razvoda roditelja, očevog izbjivanja iz obiteljskog doma ili loših odnosa i odbacivanja. Jedna djevojka navodi da roditelje nije nikada upoznala te je čitav život provela u domovima za djecu bez odgovarajuće roditeljske skrbi. Nadalje, više od polovice djevojaka proživljavalo je, ili još uvijek proživljava, različite oblike nasilja u obitelji (fizičko, seksualno i emocionalno).

U zadnje dvije godine, ja sam svog oca vidjela prije godinu dana na petnaest minuta. Praktički se dvije godine nismo vidjeli, jedino ovo što je bilo u prolazu. (17 g., majka djeteta od 18 mj.)

Mene je tata tuk'o, nisam nikam' smjela ići, morala sam doma čistiti... I stalno su me tukli, nekaž krivo napravim – istuku me. Ja sam do 11. godine imala problema s mokrenjem u krevet. Mene je mama jednom tako istukla, s onom tankom šibom, ja sam imala sve kraste po nogama. (17 g., majka djeteta od 1 mj.)

Roditelji djevojaka su uglavnom nižeg obrazovanja, većinom sa završenim trogodišnjim školama, a u nekoliko slučajeva i bez završene škole. Kada je riječ o roditeljskim stilovima, u odgovorima se izdvajaju isključivo autoritarni i permisivni.

Mene je mama prisilila u opću gimnaziju. Ja sam htjela u hotelijersku, a mama je rekla opću gimnaziju. (15 g., trudna 6 tj.)

Moja mama je dobra i nije dobra, zato kaj mi je uvijek sve dopuštala, nikad mi nije dala kazne niti niš. Nije mi to dobro. Bolje bi mi bilo da je bila... mama baš. Ona mi je više k'o frendica neka. (18 g., majka djeteta od 12 mjeseci)

Partnerski i seksualni odnosi

Većina djevojaka je u trenutku provođenja istraživanja bila u vezi s ocem djeteta. Za većinu njih, ovaj odnos je ujedno bio i njihovo prvo seksualno iskustvo. Za dob stupanja u prvi odnos navode uglavnom godinu do dvije prije nego što su postale majke, a

najranija dob koju navodi jedna sudionica je 11 godina. Dok neke djevojke navode da je ta dob uglavnom bila uobičajena među njihovim vršnjakinjama, druge imaju suprotno iskustvo - njihov prvi seksualni odnos je bio znatno ranije ili kasnije u odnosu na vršnjakinje. Broj partnera kod većine djevojaka je jedan do dva, a nekoliko djevojaka navodi i više od tri, pa sve do njih devet. I dok većina djevojaka uglavnom ima partnere iste dobi, dio njih isključivo stupa u veze s partnerima znatno starijima od sebe (u slučaju jedne djevojke dobna razlika je bila 25 godina).

Ja sam ti ustvari prva od svih. I u razredu i ovako i uvijek ti je bilo to - ajme kako dobro. (15 g., trudna 6 tj.)

Ja sam se tek poslije 15. seksala. A sve moje frendice su već s 12, 13 godina počele. (19 g., majka djeteta od 1 mj.)

Ja to nisam htjela, al' sam se bojala da ću ga izgubiti, jednostavno sam to pretrpila. (19 g., majka djeteta od 22 mj.)

Više od polovice djevojaka u vezi s ocem djeteta je proživljavalo različite oblike nasilja – od fizičkog nasilja do emocionalnog i seksualnog zlostavljanja (kontroliranja, ljubomore i prisiljavanja na seksualne odnose). Dio njih se nakon prekida veze opet vraćao istim partnerima, a jedna djevojka je još uvijek u takvoj vezi.

Pa ja kad sam saznala da sam trudna, mene je taj, od male tata, istukao. Pretukao me. I završila sam tu u Klaićevoj. (17 g., majka djeteta od 1 mj.)

I ja znam da će on stalno htjet na pivu s ovima i znam što ću morat' popustit' jer ako mu kažem ne možeš, može bit svašta. Može on reći a daj šta si glupa, šta si takva i onakva. Ja znam da on to ne misli stvarno, ali on je takav da njemu ne možeš reći da ne smije nešto. (15 g., trudna 6 tj.)

Znanje o seksualnim odnosima

Većina djevojaka navodi da u školi nisu dobivale nikakve informacije o seksualnim odnosima i zaštiti od trudnoće. One koje jesu, opisuju površne informacije te uz to iskustvo vežu osjećaje srama, nelagode i dosade. Uglavnom su im izvor informacija bili prijatelji dok se neke od njih nisu ni na koji način educirale. Kao ostale izvore

informacija navode partnere, internet i medije, a jedna djevojka navodi i edukaciju od strane liječnika koju je organizirao Dječji dom.

Ne znam. Ja praktički nisam niti imala prijateljice niti ništa. Ja sam se sama upustila u to. Nikog nisam niti ispitivala kak' je to niti ništa, jednostavno sam napravila i gotovo. (17 g., majka djeteta od 2 mj.)

Imali smo kao neko seksualno predavanje u osnovnoj, ali razrednici je bilo preneugodno i s tim smo završili za pet minuta. (15 g., trudna 6 tj.)

I u osnovnoj i u srednjoj kad se uči o spolnim organima, o spolnom životu, o spolnim bolestima. To je bilo više izrugivanje. Svi se smiju, djeca u pubertetu, šta oni to razume. Nije to bilo ništa ozbiljno. Ozbiljnije sam u to bila uvedena kad sam upoznala dečka. (19 g., majka djeteta od 22 mj.)

Djevojke se razlikuju u svojim stavovima prema seksualnoj edukaciji u školi. I dok ih većina ima pozitivan stav, dio djevojaka smatra da edukacija u školi nema posebnog učinka ili da čak može izazvati suprotan efekt. Djevojke s pozitivnim stavovima ističu da je edukacija u školi neophodna, a način učenja je potrebno izmijeniti i prilagoditi ga dobi djece.

Nekako drugačije da bude... Da nam nekak pokušaju objasniti da je to [edukacija] zapravo i smiješno i da shvatimo to ozbiljno. (17 g., majka djeteta od 1 mj.)

Mislim da bi onda mi cijeli razred to čuli i onda bi i drugima pričali o tome i na primjer, s frendicama dok sam, mi bi pričali o tome. Možda je nekog sram pričati o tome pa bi se ovako oslobodili. Kao ja. (16 g., majka djeteta od 2 mj.)

Neka djeca današnja, u današnje vrijeme su svi neki čudni, da im netko počne pričati o seksu, odmah bi to počeli raditi. (16 g., majka djeteta od 12 mj.)

Djevojke uglavnom navode da roditelji s njima nisu razgovarali o seksualnim odnosima i zaštiti. Kada i jesu, ti razgovori su se uglavnom odnosili na nužnost korištenja kontracepcijskih sredstava, bili su kratkog trajanja, često i nakon početka seksualne aktivnosti djevojaka. Kao razloge iz kojih roditelji nisu razgovarali s njima primarno navode osjećaj srama, a jedna djevojka naglašava konzervativnost. Čak i kada su se roditelji trudili poticati razgovor, za djevojke je on bio neugodan. Unatoč tome,

sudionice smatraju da je razgovor s roditeljima nužan te im je uglavnom žao što sa svojim roditeljima nisu mogle otvoreno razgovarati o ovim temama.

Taj razgovor je bio godinu dana prije nego što sam ja zatrudnila. Zapravo sama sam se obratila, već su znali da imam odnose, ali to su moji roditelji. Prvo su se derali na mene, pa su zanemarivali, a onda sam ja sama rekla da mi trebaju tablete za zaštitu. (15 g., majka djeteta od 1 mj.)

Sa svojim nikad nisam pričala o tome, s ocem pogotovo, s ocem ne mogu danas pričati o nekim stvarima. (19 god., majka djeteta od 22 mj.)

Korištenje zaštite

Kao najčešći oblik zaštite sudionice navode prekinuti snošaj, izračunavanje plodnih dana te korištenje prezervativa. Samo jedna sudionica navodi da je uvijek koristila zaštitu za vrijeme seksualnih odnosa¹. Sve ostale su je koristile povremeno ili uopće nisu. Kao najčešće razloge nekorisćenja kontracepcijskih sredstava navode uvjerenje da neće ostati trudne, neugodan osjećaj prilikom korištenja prezervativa, nedostatak financija te sram od odlaska ginekologu. Manji broj djevojaka kao razloge navodi i pritisak od strane partnera, vjerovanje partneru da će prakticirati prekinuti snošaj, osjećaj bezbrižnosti te nesigurnost zaštite.

A onak', već se opustiš, misliš kao već je 200 puta, a ne bude ništa od dva, tri puta, neće biti ni četvrti ništa. (15 g., majka djeteta od 1 mj.)

Zato što ni ja nisam mogla shvatiti to tako – ja sad jednom neću koristiti zaštitu, ja ću odmah ostati trudna. I eto, desilo se. (19 g., majka djeteta od 2 mj.)

Mislim, inače sam ja to sebi znala izračunati [plodne dane], ali onda nisam išla kod njega te dane. A tad sam išla, kaj ja znam, nagovorio me i eto mu ga na. (18 g., majka djeteta od 12 mj.)

Pilule nema šanse jer sam čula da to škodi plodnosti. A ove za jutro nakon sam čula da su ravne pobačaju pa onda mi je sad žao što sam uopće to taj jedan put i probala. (19 g., majka djeteta od 22 mj.)

¹ Kod ove sudionice do trudnoće je došlo zbog neučinkovitosti kontracepcije.

Bezveze mi je to. Koliko puta se desilo da to pukne, kužiš? (16 g., majka djeteta od 2 mj.)

I onda zaboravim, možda ni taj dan ne želiš ni neš, nego zaboraviš, koliko puta sam ja znala zaboravit' tu tableticu popiti. (15 g., majka djeteta od 1 mj.)

Dok je iskustvo trudnoće većinu djevojaka potaknulo na informiranje o drugim oblicima zaštite, oprez i češće korištenje, manji dio njih se i dalje oslanja na manje pouzdane metode, poput prekinutog snošaja.

Nekako više vjerujem ovome partneru kojeg sada imam, nego što sam vjerovala onome [ocu djeteta]. Jer su to dvije totalno različite osobe. (19 g., majka djeteta od 22 mj.)

Iskustva s centrima za socijalnu skrb

Samo jedna djevojka prije trudnoće nije imala prethodnih iskustava s centrom za socijalnu skrb. Razlozi kontakta s centrom često su bili višestruki, a neki od njih su problemi u ponašanju (uglavnom iskazivani kroz bjegove od kuće i iz škole ili agresiju), nasilje u obitelji, neadekvatni stambeni uvjeti te nasilje u vezi. Zbog maloljetničke delinkvencije više od polovice djevojaka određeni dio adolescencije je proveo u odgojnim ustanovama te su se povremeno vraćale u obiteljski dom.

Svoja iskustva s centrima za socijalnu skrb opisuju uglavnom kao negativna, dok tri djevojke navode i pozitivna, a vežu ih uz socijalne radnice koje su za njih pokazivale najviše razumijevanja. Ističu veliko nepovjerenje prema centru, nekonzistentnost u provođenju zakonskih mjera te manjak informacija koje dobivaju. Čini se da ponekad i ne razumiju razloge donošenja određenih mjera.

Oni hoće zbližit' obitelj kao, a oni izgleda razdvajaju. Meni dečko ne može dolazit' ovdje, a kako ćemo se mi vidit', ako ja imam zabranu izlaska? (16 g., majka djeteta od 2 mj.)

Ali je problem u tome što se moja socijalna s tim ne slaže. Kaže da ima puno gorih slučajeva od mene, šta će meni taj stan. Doslovce mi je došlo da je pitam koji gori slučaj ima – samohrana sam majka, još ni školu završila nisam, moram na stan s

djetetom. Ali, dobro, nisam je htjela previše. To sam ja nju prije tako mogla, a sad moram šutiti. (17 g., majka djeteta od 18 mj.)

Odluka o trudnoći

Planiranje

Za većinu djevojaka trudnoća je bila neplanirana. Samo jedna djevojka ističe planiranje trudnoće, uz kasnije jasno elaboriranje pritiska od strane partnera, dok jedna navodi ambivalentne osjećaje prema trudnoći.

Planirali smo, a onda nismo htjeli. Mi smo tri mjeseca pokušavali, onda ništa od toga. Onda smo odustali i na kraju sam zatrudnila. (16 g., majka djeteta od 1 mj.)

On ti je meni rekao da nam je puk'o kondom i ja ostala paf. (15 g., trudna 6 tj.)

On je... jednom namjerno. I ja sam počela plakat' na krevetu, ja kažem što ti je? On kaže pa ja tebe jako volim, ja želim dijete s tobom. Ja kažem, pa zašto mene nisi pitao, ja ne želim dijete. (19 g., majka djeteta od 22 mj.)

Saznanje o trudnoći - misli, osjećaji i ponašanje

Više od polovice djevojaka je za trudnoću saznalo nakon desetog tjedna, a jedna od njih tek u 5. mjesecu trudnoće. Čak i ako su sumnjale da su trudne, djevojke su često poricale trudnoću i odgađale trenutak spoznaje. Najčešće prve reakcije bile su šok i plač, praćene osjećajima tuge, straha i razočaranja, a u slučaju dvije djevojke i sreće.

Pa nisam baš bila sretna. Jer sam baš ono mlada, jako mlada. Nije sad da imam 15, 16 godina, nego imam 14. Baš sam se osjećala grozno. (14 g., trudna 9 mj.)

I onda sam ja trčala, bila sam i vesela, bojala sam se i ne znam... Ali ja sam odmah nekak' dečku to rekla. (15 g., majka djeteta od 1 mj.)

Prve misli koje su im se javile po saznanju uglavnom su se odnosile na brigu oko toga da su trenutno premlade za dijete te strah od reakcije roditelja i njihovog odbacivanja. Manji dio djevojaka izdvaja i strah da će ih drugi osuđivati, strah od poroda te nespremnost na to da postanu majke.

Kaj ću ja s tim djetetom, hoću ić' van, živjeti, ne želim dijete... Premlada sam za dijete, još se ni za sebe ne znam brinuti. To sam si mislila. (18 g., majka djeteta od 12 mj.)

Odmah ti je u glavi ajme šta ću ja sad, odmah ti na pamet padne i tko će šta reći, roditelji prvo. I onda ti padne i na pamet šta će ti reći prijatelji jer ipak ideš u školu. (17 g., majka djeteta od 18 mj.)

Reakcija okoline i razmatranje opcija

Kod više od polovice djevojaka, u obitelji su i prije postojale maloljetne trudnice, bilo da je riječ od njihovoj baki, majci ili sestri. Nakon početnog šoka i ljutnje, majke djevojaka su pozitivno reagirale i podržale ih. S druge strane, očevima je uglavnom trebalo više vremena za prihvaćanje trudnoće ili su reagirali potpunim odbacivanjem. Prve reakcije partnera su uglavnom bilo pozitivne, a samo jedna djevojka navodi neprihvatanje trudnoće od strane oca djeteta. Pozitivne reakcije uglavnom su iskazivali i braća, sestre i prijatelji. Djevojke su u školi uglavnom naišle na pozitivne reakcije profesora, dok jedna sudionica koja pohađa osnovnu školu ističe vrlo negativno iskustvo jer su joj u školi zabranili daljnje dolaske.

Moja sestra ga je nazvala [dečka] i rekla mu je da sam trudna i on je samo šutio i onda je prekinuo. I mi smo otišli na kavu, a on je samo pričao na mobitel. Cijelu trudnoću smo se pravili kao da se ništa ne dešava. (18 g., majka djeteta od 12 mj.)

Dečko se čak i više radovao, veselio od mene. Njegova je mama njega dobila isto sa 16 i onda, ne znam, on je već htio dijete imat, al' ne tak rano nego kasnije. I onda ono, uopće nije bio u nikakvom bedu. (15 g., majka djeteta od 1 mj.)

Gotovo svim djevojkama zadržavanje djeteta bila je jedina opcija. Kao glavne razloge navode odgovornost prema djetetu te moralne ili religijske stavove koji se protive pobačaju. Kod djevojaka koje su razmišljale o pobačaju, on nije bio moguć zbog saznanja u kasnijem stadiju trudnoće. Također, za druge opcije su uglavnom bili njihovi roditelji, ali su one većinom samostalno donijele odluku o nastavku trudnoće.

Ja sam htjela ići da pobacim dijete, al' nisam mogla jer 4 mjeseca sam bila trudna, a i mama je rekla da to ne učinim zato što jednog dana možda neću ni imat' djecu. (14 g., trudna 9 mj.)

To je još jedan od razloga zašto nisam htjela pobaciti. Mene baš nitko nije nešto volio, [...], onda možda baš iz tog razloga, da ja nekom pružim ljubav, da ću ja nekome dati ljubav. Da će mene netko i voliti napokon, možda je i to razlog. (15 g., majka djeteta od 1 mj.)

Tata me istukao da ja pobacim, al' nije opet uspjelo. Hvala Bogu. (17 g., majka djeteta od 1 mj.)

Pa ne, čak i je [religija jedan od razloga zašto sam odlučila zadržati dijete]. Zato što ovak sam si mislila, k'o da mi je netko poslao dijete da mi pomogne... (18 g., majka djeteta od 12 mj.)

Razdoblje trudnoće

Veći dio trudnoće djevojke su provele sa svojim obiteljima, a većina ih je smještena u ustanove netom prije porođaja, uglavnom zbog nedostatka uvjeta za dijete u roditeljskom domu. Većini djevojaka razdoblje trudnoće je prošlo mirno, uz redovite kontrole kod liječnika i podršku barem jedne bliske osobe. Samo jedna djevojka navodi nekontroliranu trudnoću zbog čestih bjegova od kuće. Za porod se većina djevojka pripremala pričajući s majkama, a rjeđe su tražile druge izvore informacija. Tek jedna djevojka je pohađala trudnički tečaj, a nekoliko ih iznosi da im, zbog prethodnog iskustva brige za djecu (braću, sestre ili rodbinu), uopće nije bila potrebna priprema. Jedna djevojka navodi i izbjegavanje suočavanja s trudnoćom. Djevojke koje su nakon poroda ostale u obitelji su potražile i stručnu pomoć psihologa i socijalnih radnika u savjetovalištu za mlade majke.

Trudila sam se ne razmišljati o tome. Nije mi se dalo uopće razmišljati o toj trudnoći ni o porodu nit niš. (18 g., majka djeteta od 12 mj.)

Ja sam ljudima već bila dosadna o tome doslovce. Ja sam cijeli dan visila na internetu, gledala videa, formiranje bebe u trbuhu na Youtubeu, ne znam niti ja šta. (17 g., majka djeteta od 18 mj.)

Stigmatizacija

Većina djevojaka doživjela je neki oblik osuđivanja u svojoj okolini. Navode različite neugodne situacije u školi, kod liječnika, u susjedstvu te s roditeljima i prijateljima. I dok se neke nisu obazirale na ono što čuju, veći broj njih je reagirao skrivanjem, uz osjećaje srama i neugode. Zbog straha od osude, nametnutog od strane roditelja koji trudnoću nisu prihvatili, jedna djevojka za čitavo vrijeme trudnoće nije mogla potražiti podršku od nekog drugog u okolini.

Pa mama mi je kupila steznik neki. Doduše to me bolilo, stiskalo me i ginekologica je rekla, kad si već odlučila roditi to dijete, makni taj steznik. Ali doktorice, ne smiju u školi saznati. Jel' ti bitnije dijete ili šta će drugi misliti? Ja kažem pa dijete. Al' moji su me i dalje prisiljavali. (19 g., majka djeteta od 22 mj.)

I onda se nađe medicinska sestra i kao pa šta ovi mladi danas, pa čovječe tek imaš 16, kak' si ostala trudna, nemamo mjesta za takve balavice. A ono tri trudnice pored mene sjede, još me jedna pitala koliko imam godina, a meni bilo glupo reć' jer znam kako reagiraju tu ljudi. I onda ona još nađe reći koliko imam godina. Rekla je bar 16, ajd' godinu dana starija. (15 g., majka djeteta od 1 mj.)

Kad mi je narastao trbuh, došlo mi je da se zatvorim i da nikud ne idem. Uvijek sam nosila tako široke majice da mi se ne kuži taj trbuh, i jakne... Da ljudi ne bulje u mene, da ne traćaju. (18 g., majka djeteta od 12 mj.)

Rizična ponašanja

Većina djevojaka pušila je za vrijeme trudnoće, a dvije su i konzumirale marihuanu gotovo do poroda. Alkohol su uglavnom izbjegavale, ali navode da ga nisu konzumirale ni prije trudnoće. Nekoliko ih iznosi i informacije koje ukazuju na nedostatak znanja o utjecaju sredstava ovisnosti na dijete.

Da, rekli su da može imati posljedice, a ja sam ono – neće grom u koprive, neće njemu ništa. I nema ništa, zna mama. (19 g., majka djeteta od 1 mj.)

A moja mama je sa mnom pušila dvije kutije cigara na dan, tak' da... niš to ja ne vjerujem. To ima jedino posljedice ako doslovce drogiraš se, pušiš travu i sve to ima posljedice. Al' ovo ostalo ne. (17 g., majka djeteta od 2 mj.)

Pušila sam travu već dvije godine prije toga i onda sam... teško je bilo prestat valjda. I onda sam negdje u 8. mjesecu trudnoće prestala. (18 g., majka djeteta od 12 mj.)

Majčinstvo

Osjećaji i promjene

Uz majčinstvo djevojke uglavnom vežu ugodne emocije sreće i zadovoljstva. Istovremeno, nekima je to što su postale majke i opterećenje i briga. Gotovo sve djevojke su već imale iskustva brige za djecu pa navode da im je s te strane bilo olakšano navikavanje na to da su i same postale majke.

Gledam svoju mamu kak se ona brine za mene i kako sve daje, ono sve da nam bude dobro, tak i ja moram. (14 g., trudna 9 mj.)

A nekad si mislim da mi je to neki problem. Zato što ću se morati uvijek brinuti o nečem. (18 g., majka djeteta od 12 mj.)

Ma znala sam ja sve to. Osam godina sam braću i sestre i presvlačila i hranila i sve. (16 g., majka djeteta od 1 mj.)

Najveći broj djevojaka ističe da im je majčinstvo donijelo veću odgovornost i ozbiljnost, a one koje nisu pohađale školu su je odlučile završiti. Dio djevojaka navodi i promjenu u ponašanju i brizi o vlastitoj higijeni te bolji odnos prema svojim roditeljima.

Skroz sam se promijenila, nemam takvo razmišljanje kakvo sam imala. Mene su svi čudno gledali kak' ja to pričam. Ja sam onak' kao ne, meni je mala na prvom mjestu, onda mi je škola i tek sam onda ja. Ja sam skroz zadnja. (17 g., majka djeteta od 2 mj.)

Ja dok sam mama sada, meni ti se sve promijenilo u životu. Dok sam bila trudna i dok nisam bila trudna, ja sam bila tako neodgovorna balavica koja doslovce nije imala za šta živjeti. Bježala sam od kuće, policiju si na vrat znala nekad staviti, baš gluposti radila. I onda ostanem trudna i mislim si šta sad, kak' sad. I onda se malo uozbiljiš, kao misliš imati nešto od svog života. (17 g., majka djeteta od 18 mj.)

Poteškoća koju adolescentne majke, ali i trudnice, najčešće iznose vezana je uz promjene dotadašnjih navika spavanja što im svima najteže pada. Manji dio majki navodi i poteškoće u odgoju djeteta u čijem rješavanju često računaju na djelatnice ustanove u kojoj su smještene. Od ostalih poteškoća navode i gubitak slobode, nemogućnost izlazaka s društvom, manje vremena za sebe te odvojenost od oca djeteta.

Pa to što sam zavezala si ruke, kako bi ti rekla. K'o da sam se ono... Al ipak, šta je tu je. Ipak ja nju volim i sve. (19 g., majka djeteta od 22 mj.)

Pa po noći kad mi plače, kad neće spavat, a ja sam umorna. To mi je najteže. Sinoć sam toliko poludila da sam je ostavila na krevetu da se plače. Al' nisam je htjela primit. Nek' se plače, kaj da joj ja radim. (17 g., majka djeteta od 2 mj.)

Pa dobro mi je, samo kaj sam ja užasno lijena i meni se ne da, meni se cijeli dan samo spava, umorna sam, nisam se navikla dizati u 7 ujutro i ovih godinu dana se nisam navikla čak da se dižem tak rano. (18 g., majka djeteta od 12 mj.)

Percepcija djeteta

Sukladno ugodnim osjećajima vezanima uz majčinstvo, djevojke dijete vide i kao izvor pozitivnih promjena u svom životu, naročito povećanja odgovornosti. Dio djevojaka navodi da dijete za njih predstavlja spas od dotadašnjeg načina života, a povremeno i teret. Manji broj djevojaka ističe da sada imaju mogućnost ostvariti svoju potrebu za prijateljstvom i ljubavlju. Kada je riječ o željama koje imaju za svoje dijete, uglavnom navode da se žele brinuti za dijete na drugačiji način od onoga kako su se roditelji brinuli za njih te za svoju djecu žele ono što smatraju da same nisu mogle ili uspjele ostvariti.

Pa, nekad si razmišljam da mi je to dobro, jer bit će mi ona [kći], uvijek ću je imati. Ako neću nikog imati, imat ću nju i bit će mi k'o frendica jednom kad naraste, moći ćemo ići zajedno van. (18 g., majka djeteta od 12 mj.)

Drago mi je što ću imat' nešto za što ću ja bit u potpunosti odgovorna. Što ću ja formirati nešto da bude dobro. I ja znam da će biti dobro i mora biti dobro. (15 g., trudna 6 tj.)

Stupanj podrške i budućnost

Planovi

Sve djevojke svoju budućnost vide u završavanju škole i osamostaljivanju. Dvjesto djevojkama je cilj završiti fakultet, dok su ostale orijentirane na traženje posla. One koje su trenutno u vezi, budućnost vide u zajedničkom životu s partnerom. Dio djevojkama u planove za budućnost uključuje i svoje roditelje na koje računaju kao podršku u podizanju djeteta. Jedna navodi da planira svu brigu oko djeteta prepustiti roditeljima, dok jedna ističe da ne može računati ni na čiju podršku u budućnosti, a nema ni jasno definirane planove. Kada razmišljaju o budućnosti, brige koje se najčešće javljaju su vezane uz zdravlje djeteta, financije i smještaj. Nekoliko djevojkama navodi i strah od oduzimanja djeteta.

Živjet ćemo nas dvoje, mama i tata kupuju hranu i pridonosit ćemo mi, pogotovo jer on sad ide na praksu i zarađuje. Znači pridonosit ćemo, stvarno hoćemo, ali jednostavno ja želim zaradit' taj jedan dio da ja djetetu kupujem, da nije moje dijete da ovisi o baki i dedi. (15 g., trudna 6 tj.)

Pa brine me to, sad najbitnije mi je to što treba i novce za dijete, treba sve to, treba imati smještaj di će bit' dijete. To me brine. (14 g., trudna 9 mj.)

Podrška

Djevojke koje su u vezi uglavnom svog partnera percipiraju i kao najveći izvor podrške, neovisno o tome je li partner ujedno i otac djeteta. Međutim, neki očevi djece s kojima su djevojke u vezi su manje prisutni u odnosu na to koliko bi one htjele (na primjer, dvojica u zatvoru). Od drugih osoba koje su im podrška najčešće navode majku. Djevojke u domu ističu nepovezanost s drugim djevojkama s kojima žive, kao i slabiju komunikaciju sa stručnim osobljem, izuzev medicinske sestre.

Ne. Nema [nikoga na čiju podršku mogu računati]. Ni mama isto, ona je tak, čudna. Svi su čudni, nikom ne vjerujem baš. (18 g., majka djeteta od 12 mj.)

Potrebe i preporuke

Djevojke navode da im je najčešće pomoglo kada su mogle razgovarati s nekom stručnom osobom, pri tome ističu veliku korist od savjetovališta za mlade majke. Također ističu da im je bilo teško doći do informacija kome se mogu obratiti. Smatraju da bi se adolescenticama tijekom trudnoće trebala omogućiti psihosocijalna podrška i pomoć i pristup različitim pravnim informacijama, a da bi im osobito pomogla iskustva drugih djevojaka. Kada je riječ o ulozi centara za socijalnu skrb, djevojke najčešće navode materijalnu pomoć te osiguravanje smještaja, ali i potrebu za više razumijevanja i povjerenja. Osim toga, dio djevojaka navodi i da je potrebno raditi na smanjenju stigmatizacije kroz edukaciju u školama te prezentiranje ove teme u medijima.

Ja sam baš rekla ovoj svojoj psihoterapeutkinji [u savjetovalištu Mama je mama] da ne razumiju da jedan razgovor može puno pomoći, značiti. Ja kad dođem nekome, kad osjećam neku toplinu, kad nekome mogu nešto reći, to znači puno više nego da mi nađe posao. Posao možeš tražit sam, a razgovor baš puno pomogne. (19 g., majka djeteta od 22 mj.)

RASPRAVA

Ovo istraživanje bavilo se proučavanjem iskustava i potreba majki i trudnica adolescentske dobi. Kroz provedbu polustrukturiranih intervjuja, dobio se uvid u njihove sličnosti i različitosti, poteškoće s kojima se susreću te podršku koju dobivaju. Kada se uzmu u obzir rizični čimbenici i uvjeti odrastanja, adolescentice u ovom istraživanju se ne razlikuju od ostalih u svijetu. To su djevojke koje uglavnom dolaze iz narušenih obitelji, često su doživljavale nasilje, iskazivale različita delinkventna ponašanja te su gotovo sve imale prethodna iskustva sa službama socijalne skrbi. Međutim, iako su sve djevojke pokazivale rizične čimbenike za adolescentsku trudnoću, na njenoj prevenciji se s njima nije dodatno radilo.

Sudeći prema sudionicama iz ovog istraživanja, majke i trudnice adolescentice u Hrvatskoj uglavnom su religiozne djevojke koje svoju trudnoću nisu planirale, ali su je prihvale. Nedostaje im znanja o sigurnom seksualnom odnosu, uglavnom se oslanjaju na manje pouzdane metode poput prekinutog snošaja te se upuštaju u rizične odnose bez zaštite. Srame se razgovarati o seksualnim odnosima s roditeljima i nastavnicima, a

istovremeno iskazuju potrebu za otvorenim razgovorima s roditeljima te educiranjem mladih u školama. Iako rezultati stranih istraživanja pokazuju da adolescenti nedostatak znanja ne ističu kao razlog stupanja u nezaštićene odnose (Brown i Guthrie, 2010), čini se da ono kod hrvatskih adolescentica igra puno veću ulogu.

Odrastajući uz verbalno, fizičko i seksualno nasilje u obitelji, djevojke su se često našle i u takvom partnerskom odnosu. U svojim obiteljima najčešće nisu bile prve trudne adolescentice. Međutim, unatoč tome nisu uvijek nailazile na podršku, osobito od strane očeva. Sudionice uglavnom ističu da im je podrška bila majka te je trudnoća za njih predstavljala poboljšanje odnosa. Iako su bile suočene sa stigmatizacijom i različitim poteškoćama tijekom trudnoće i majčinstva, pozitivne promjene koje djevojke iznose su pozitivniji pogledi na budućnost te zrelost i odgovornost.

I dok se s jedne strane majke i trudnice adolescentice smatraju zrelima i odgovornima, one još uvijek nisu odrasle osobe te iskazuju ponašanja i vjerovanja tipična za razvojnu fazu u kojoj se trenutno nalaze. Jedno od uobičajenih adolescentskih razmišljanja koje su sudionice iskazivale jest da se loše stvari događaju drugima, to jest one same nisu vjerovala da bi se trudnoća mogla dogoditi baš njima. Baker (1982; prema Ivey, 1999) ističe da adolescenti testiraju različite hipoteze o svijetu i drugima te odbijaju one koje se ne uklapaju u stvarnost kakvu sami percipiraju. Prema tome, unatoč znanju da nezaštićeni seks može dovesti do trudnoće, adolescenti vjeruju da se ona događa drugima. Ovi koncepti mogli bi objasniti i kasnije ponašanje sudionica kada je u pitanju konzumiranje alkohola, cigareta i marihuane za vrijeme trudnoće.

Međutim, zabrinjavajuća je razina (ne)znanja o posljedicama nezaštićenog seksualnog odnosa koju sudionice iznose. S druge strane, ovo neznanje nije iznenađujuće s obzirom na to da je zdravstveni odgoj u osnovne i srednje škole službeno uveden školske godine 2012./2013. (Mićanović, 2013). Istovremeno, mladi u Hrvatskoj su posljednjih godina mogli svjedočiti raspravama vezanima uz uvođenje zdravstvenog odgoja u škole, s naglaskom na modulu „Spolna/rodna ravnopravnost i odgovorno spolno ponašanje“. Tijekom tih rasprava, mogli su čuti različite argumente koji odbacuju informacije koje se uče u ovom modulu, najčešće od strane organizacija koje potiču provedbu apstinencijskih programa.

Apstinencijski programi uglavnom su temeljeni na moralnim i religijskim stavovima, nasuprot cjelovitim programima seksualne edukacije koji se temelje na

znanstvenim činjenicama. I dok religijski stavovi mogu imati značajan utjecaj na odgađanje dobi stupanja u seksualne odnose, njihov štetan utjecaj je vidljiv u trenucima kada preveniraju diseminaciju cjelovite seksualne edukacije (Dillon i Cherry, 2014). Ova saznanja osobito su važna u kontekstu trenutnog istraživanja s obzirom na to da se sve sudionice izjašnjavaju kao religiozne osobe.

Istovremeno se i javlja potreba za dodatnim educiranjem nastavnika u školama te uzimanjem u obzir i potrebe učenika prilikom kreiranja i izvođenja programa. Zanimljivo je da većina sudionica smatra da škola treba preuzeti ulogu u prevenciji adolescentskih trudnoća, a manje od polovice hrvatskih škola koje su sudjelovale u istraživanju UNICEF-a se s time slaže (Stanić, 2011).

Iako je znanje važno, bez alata potrebnih da se ove informacije iskoriste, ono ima malo efekta. Uz seksualnu edukaciju, važna je i dostupnost svih oblika kontracepcije, uključujući i dostupnost sigurnog prekida trudnoće, da bi se smanjio broj neželjenih trudnoća (Dillon i Cherry, 2014). Čini se da hrvatskim adolescentima ovo nije u potpunosti dostupno s obzirom na to da sudionice istraživanja često navode da su im različiti oblici zaštite bili nedostupni zbog financijskih razloga ili srama od odlaska ginekologu. Osim toga, neki od razloga nekorištenja kontracepcije uključivali su i pritisak od strane partnera. Ovi rezultati upućuju na to da je uz povećanje znanja o utjecaju nekorištenja zaštite, potrebno adolescentice podučiti vještinama asertivnosti, prepoznavanja nasilja u vezama te im omogućiti lakši pristup kontracepciji. Na primjer, u Njemačkoj je oralna kontracepcija besplatna za sve djevojke u dobi do 20 godina (Pinquart i Pfeiffer, 2014).

Osobito važnim u prevenciji adolescentske trudnoće pokazao se i razgovor s roditeljima. Da bi taj razgovor uspješno djelovao na prevenciju, važno je da uključuje ne samo informacije o tome kako se zaštititi, nego i na koji način se zauzeti za sebe i odbiti neželjeni seksualni odnos (Cavazos-Rehg i sur., 2013). Sudionice ovog istraživanja iznose da sa svojim roditeljima uglavnom nisu razgovarale o ovim temama, a i kada jesu, razgovori su uglavnom bili površni i odnosili su se isključivo na zaštitu.

Kada se uzme u obzir obiteljski kontekst u kojem su djevojke odrastale, koji je često bio praćen nasiljem, nije neobično da se djevojke nisu osjećale dovoljno slobodno razgovarati sa svojim roditeljima o zaštiti. Također, nekoliko djevojaka je određeni dio djetinjstva proveo i u domovima za djecu bez odgovarajuće roditeljske skrbi ili u

odgojnim domovima, a uglavnom ističu da od strane odgajatelja/ica u domu nisu dobivale informacije kako se zaštititi. Istraživanja pokazuju da stručni suradnici koji rade s mladima u domu, odgajatelji i udomitelji imaju potrebu razgovarati s njima o ovoj temi, ali im nedostaju jasna pravila i protokoli vezani uz njihovu ulogu u promociji reproduktivnog zdravlja, uključujući i prevenciju trudnoće (W. Constantine, Jerman i N. Constantine, 2009; Love i sur., 2005). Prema saznanju istraživača, istraživanja ovog tipa još nisu provedena u Hrvatskoj te je moguće da se stručni suradnici u domovima i udomitelji susreću sa sličnim problemima. Međutim, jasno je da je i roditeljima i odgajateljima potrebna dodatna podrška i poticaj da s mladima razgovaraju o zaštiti.

Gotovo sve sudionice navode da trudnoću nisu planirale, točnije, samo jedna je navela suprotno. Ista sudionica je proživljavala dugotrajno psihičko i fizičko nasilje u obitelji te nasilje u vezi. U istraživanju Wiemann i sur. (2000) pokazalo se da maloljetne majke koje doživljavaju nasilje od strane oca djeteta, izvještavaju i o višoj incidenciji planiranih trudnoća. Stoga se može zaključiti da su djevojke koje proživljavaju nasilje u vezi posebno vulnerabilna skupina kada je u pitanju planiranje trudnoće.

Iako većina sudionica nije planirala trudnoću, sve su se odlučile zadržati dijete. Za dio djevojaka zadržavanje trudnoće predstavljalo je preuzimanje odgovornosti za svoje *glupo* ponašanje, što je moralizirajuća perspektiva koja pretpostavlja da uz poduzimanje rizika, dolazi i prihvaćanje posljedica (Hoggart, 2012). Jedna sudionica iznijela je i fatalistično vjerovanje, govoreći o svojoj trudnoći kao o božjoj volji. Takvi stavovi mogu upućivati i na to da bi jedan od rizičnih čimbenika za adolescentsku trudnoću mogao biti i vanjski lokus kontrole. Mali broj istraživanja do sada se bavio tom vezom, a rezultati nisu jednoznačni. Dok jedni upućuju na to da su djevojke s vanjskim lokusom kontrole u većem riziku za adolescentsku trudnoću (Ditsela i Van Dyk, 2011; Hanson, Myers i Ginsberg, 1987; Plotnick, 1992; T. Young, Turner, Denny i M. Young, 2004), drugi ne pronalaze vezu između adolescentske trudnoće i lokusa kontrole (Holden, Nelson, Velasquez i Ritchie, 1993; L. Walters, J. Walters i McKenry, 1987). Moguće je da su ove razlike rezultat uzorkovanja i korištenih instrumenata, ali upućuju i na to da je ovu povezanost potrebno dodatno ispitati.

Kada je riječ o prekidu trudnoće, sudionice uglavnom navode da tu opciju nisu razmatrale, a i ako jesu, u trenutku saznanja više zakonski nisu mogle obaviti namjerni prekid trudnoće. Brown i Guthrie (2010) postavljaju zanimljivo pitanje – ima li stopa

adolescentske trudnoće više veze s tim što adolescentice ne koriste kontracepciju i žele ostati trudne ili s izborom da zadrže dijete koje je dio neželjene trudnoće? Stopa pobačaja u Hrvatskoj razmjerno je mala i iznosi 2,45/1000 djevojaka dok se u zapadnim zemljama kreće od 7/1000 u Italiji do 25/1000 u Švedskoj pa ostaje otvoreno pitanje prijavljivanja prekida trudnoće i evidencije učinjenih zahvata (Stanić, 2011). S druge strane, iako je namjerni prekid trudnoće u Hrvatskoj moguć, čini se da nije svima jednako dostupan.

Prije svega, cijene namjernog prekida trudnoće nisu ujednačene (Stanić, 2011), a znajući da su adolescentske trudnoće uglavnom povezane s nižim socioekonomskim statusom, visoke cijene nekima od njih mogu onemogućiti pristup sigurnom prekidu trudnoće (Part i sur., 2013). U Nizozemskoj je prekid trudnoće moguć do 24. tjedna, a kada se djevojke odluče na njega, postoji obvezno razdoblje čekanja u trajanju od pet dana tijekom kojega se mogu predomisliti. Osim toga, troškove prekida trudnoće pokriva zdravstveno osiguranje (Picavet, van Berlo i Tonnon, 2014). Priziv savjesti na koji se sve veći broj liječnika poziva kada je u pitanju namjerni prekid trudnoće, dodatno zatvara tu mogućnost za neke od djevojaka. Primjerice, u Hrvatskoj u 2014. godini u čak pet bolnica nije bilo moguće obaviti pobačaj (RTL, 2014), a u nekim gradovima su to bile i jedine postojeće bolnice.

Važno je znati da je manje vjerojatno da će djevojke požaliti odluku koju su donijele ili doživjeti ambivalentnost ako se osjećaju ugodno sa sustavom vrijednosti na osnovu kojeg je ta odluka donesena i ako osjećaju da njihova autonomija pri donošenju odluke nije kompromitirana (Hoggart, 2012). Kada znamo da neke od mladih majki, koje su neželjenu trudnoću odlučile nastaviti zbog svojih vrijednosti koje pobačaj definiraju nemoralnim, mogu nakon poroda osjećati žaljenje ili ambivalentnost, posebno je važno poticati ih na samostalno donošenje odluke o zadržavanju trudnoće. Međutim, pitanje je koliko je samostalno donošenje odluke u Hrvatskoj moguće, kada im normativno moralno uvjerenje društva aktivno stvara osjećaj krivnje vezan uz odluku o prekidu trudnoće.

Iako sudionice istraživanja navode da su uglavnom samostalno donosile odluku o nastavku trudnoće, iz njihovih iskaza se može zaključiti da ta odluka nije bila u potpunosti autonomna. Prije svega, s obzirom na to da ih je većina za trudnoću saznala prekasno da bi uopće bile u mogućnosti prekinuti ju, nisu niti bile u mogućnosti

odlučiti. S druge strane, uzimajući u obzir razvojno razdoblje u kojem se djevojke trenutno nalaze kada je većina njihovih vršnjaka optimistična u vezi svoje budućnosti te smatraju da je vjerojatnije da će se negativne stvari dogoditi drugima, a ne njima (Lerner i Steinberg, 2004), upitno je koliko su u mogućnosti samostalno sagledati posljedice svojih odluka.

U procesu donošenja oduke sudionice su imale podršku barem jedne bliske osobe, uglavnom majke. Iako su, kod dijela djevojaka, majke i dalje iskazivale zlostavljajuća ili zanemarujuća ponašanja, djevojke su ih unatoč tome percipirale kao podršku u trudnoći. Unatoč podršci koje su imale, dio djevojaka iznosi i iskustva stigmatizacije od strane okoline koja je utjecala na njihovo ponašanje i osjećaje tijekom trudnoće pa su se pokušavale skrivati te su se osjećale bezvrijedno. Manji broj djevojaka navodi i represiju i odbacivanje od strane roditelja. Ovakve reakcije djevojaka i roditelja karakteristične su za društva u kojima se adolescentska trudnoća smatra sramotom, a u slučaju kada ostanu bez podrške, djevojke mogu iskazivati različite znakove traume (Saim, Dufăker i Ghazinour, 2014). Zbog toga je važno, po saznanju o trudnoći, raditi na uspostavljanju boljih odnosa između djevojaka i njihovih obitelji kako bi ishodi za majku i dijete kasnije bili povoljniji. Različiti programi podrške ili savjetovanje roditelja i adolescentica bi u tom trenutku mogli biti vrlo značajni.

Međutim, osim na poboljšanju odnosa između roditelja i adolescentica, važno je i educirati nastavnike i zdravstveno osoblje koji će najčešće i biti u kontaktu s trudnicama i majkama. Iako djevojke uglavnom iznose pozitivna iskustva, nekoliko ih je navelo i vrlo neugodne situacije koje su doživjele u različitim prilikama. Znajući da nepodržavajuća okolina predstavlja dodatan stres za mlade majke te može pogoršati ishode trudnoće, svakako ne bi trebalo zanemariti širu socijalnu podršku.

Djevojke su nakon saznanja o trudnoći uglavnom kratkotrajno prekidale školovanje, uz namjeru da nastave pohađati nastavu nakon poroda, što su neke i učinile. Iako su ih škole uglavnom podržale te im omogućile lakši način pohađanja nastave, ovo iskustvo ne dijele sve djevojke. Analiza UNICEF-a i Udruge Korak po korak (Stanić, 2011) pokazala je da se u svim školama ne primjenjuju jednake procedure i pravila te se postavlja pitanje postoje li službeni dokumenti i pravilnici prema kojima škole moraju postupati te primjenjuju li se jednako u svim slučajevima trudnoća i roditeljstva učenika.

Gotovo sve sudionice bile su smještene u domu tijekom trudnoće. Iako se čini da im je smještaj u domu omogućio odmicanje od nestabilne svakodnevice, priliku da završe različite tečajeve i prekvalificiraju se, mogućnost pohađanja različitih grupa organiziranih za majke, prevladava uglavnom negativna percepcija doma. Prije svega, sudionice su istaknule da nerado sudjeluju u organiziranim programima, što nije iznenađujuće ako se uzme u obzir da ostale djevojke ne doživljavaju kao podršku. Grupe podrške mogu biti od velikog značaja za adolescentice jer u njima osim empatije drugih, mogu dobiti i različite savjete. Međutim, ako se majke ne oslanjaju jedna na drugu, dobrobit grupa podrške može biti upitna (Schrag i Schmidt-Tieszen, 2014). Istovremeno, istraživanja pokazuju da djevojke tek nakon izlaska iz doma razvijaju svijest o tome koliko im je boravak ondje koristio, u materijalnom i emocionalnom smislu (Rolfe, 2008).

Djevojke rijetko iznose i da se mogu osloniti na stručne suradnike i socijalne radnike s kojima imaju kontakt, iskazuju veliko nepovjerenje prema centrima za socijalnu skrb te su u strahu da će im dijete biti oduzeto. Ovakva iskustva u skladu su i s rezultatima stranih istraživanja koja pokazuju da mlade majke izbjegavaju tražiti pomoć odgajatelja i stručnih suradnika, često iz straha da će im se oduzeti djeca (Chase, Maxwell, Knight i Aggerton, 2009). Haight i sur. (2009) navode da djevojke navedeni strah često doživljavaju upravo i zbog prijetnji osoblja da će im djeca biti oduzeta. Sudionice istraživanja navode i da sa svojim socijalnima radnicama uglavnom nisu ostvarile dobar kontakt jer je on uglavnom kratkog trajanja i rijedak, a čini se da centar ne percipiraju kao instituciju koja brine o njihovoj dobrobiti.

Ovakva iskustva ne iznenađuju kada se uzme u obzir da je u 2009. godini u centrima za socijalnu skrb bilo 178 korisnika na jednog stručnog radnika (Vlada RH, 2011). Čini se da je nedostatak stručnih radnika veliki problem u centrima za socijalnu skrb koji se uz ovakve brojke ne uspijevaju dovoljno posvetiti svojim korisnicima. Međutim, postavlja se pitanje na koji način pomoći djevojkama da izađu iz sustava socijalne skrbi ako im sustav nije u mogućnosti pružiti ono što im treba da bi uopće mogle iz njega izaći? Zanemarujući potrebe mladih majki i trudnica te ne ostvarujući dobar kontakt s njima, a s druge strane pružajući im isključivo materijalnu potporu, djevojke su izložene dodatnom riziku da ostanu dio sustava jer ne dobivaju adekvatnu pomoć.

Kada govore o majčinstvu, djevojke uz poteškoće koje doživljavaju, iznose i niz ugodnih emocija te pozitivnih promjena koje im je majčinstvo donijelo. Odgovornost i ozbiljnost je promjena koju najčešće iznose te promjena prioriteta kao i odluka da nastave školovanje. Ovakva percepcija majki u skladu je s rezultatima ostalih istraživanja. Međutim, dojam istraživača tijekom provedbe intervjua nije uvijek bio u skladu s onim što su pojedine majke govorile. Najčešći problem tijekom provedbe istraživanja bio je dogovaranje intervjua, gdje se dobio dojam da organizacija i planiranje djevojkama ponekad predstavljaju problem.

Bilo bi zanimljivo ispitati percepciju koje stručno osoblje koje radi s adolescentnim majkama ima kada su u pitanju pozitivne promjene koje majke percipiraju. Podaci Kuće ljubavi Caritasa Zagrebačke nadbiskupije (Hemen, 2015) pokazuju da se majke smještene u domove za djecu bez odgovarajuće roditeljske skrbi teže prilagođavaju pravilima, sklone su konfliktima, često su nezrele i s različitim problemima u ponašanju te svoje potrebe stavljaju ispred djetetovih. Iz svega navedenog, čini se da se percepcije majki i osoba koje rade s njima ne slažu.

Neovisno o negativnim i pozitivnim stranama majčinstva, jasno je da majkama treba dodatna stručna pomoć i podrška. Prije svega, to je jedna od potreba koju i same iznose. Nadalje, istraživanja pokazuju da intervencije s mladim majkama koje su usmjerene na psihosocijalnu podršku, a bave se temama roditeljstva i zdravlja, pozitivno utječu na razvijanje roditeljskih vještina, zapošljivost, razvoj djeteta i njegovog zdravlja (Barnet i sur., 2009). Trenutno u Hrvatskoj postoji samo jedno savjetovalište za majke adolescentice u sklopu Udruga Korak po Korak. Djevojkama udruga nudi i pristup telefonskom savjetovanju, međutim, ne postoji sustavna podrška koja se majkama pruža na razini države.

Različiti programi i usluge za majke i trudnice adolescentice u inozemstvu uključuju razvijanje strategija za omogućavanje završetka škole (fleksibilni dolasci, fleksibilni kurikulum i ocjenjivanje, podrška socijalnih radnika, dostupnost besplatnih vrtića), vršnjačku edukaciju i edukacije za razvijanje roditeljskih vještina, postnatalne kućne posjete medicinskih sestara i socijalnih radnika u svrhu podrške (Loxton, Williamson i Adamson, 2007). U ovakvim programima, veliku ulogu mogle bi imati i nevladine organizacije.

Dugotrajan cilj u brizi za majke adolescentice trebao bi biti njihova integracija u društvo, ojačavanje obitelji, poticanje pozitivnog roditeljstva te stvaranje i održavanje stabilnog i podržavajućeg okruženja. Bez ovih intervencija, majkama se ne daje prilika da razviju svoju otpornost te su prepuštene samima sebi, riskirajući ispunjavanje različitih negativnih ishoda koje majčinstvo u adolescenciji može donijeti.

Ograničenja istraživanja

Iako je kvalitativna metodologija korištena u ovom istraživanju omogućila dubinsko ispitivanje i stjecanje boljeg uvida u iskustva i potrebe majki i trudnica, istovremeno zbog načina provedbe istraživanja i odabira uzorka, ovi rezultati nisu reprezentativni za ostale adolescentice u sličnoj situaciji. Iako to nije ni bio cilj istraživanja, rezultate ipak nije moguće generalizirati.

Još jedno ograničenje je i to što su sudionice istraživanja uglavnom bile djevojke koje su trenutno smještene u domovima za djecu bez odgovarajuće roditeljske skrbi, a manje su zastupljene bile one djevojke koje žive u obiteljima. Potencijalno ograničenje je i retrospektivno ispitivanje djevojaka o njihovoj trudnoći i prošlim iskustvima jer postoji mogućnost da su njihovi odgovori bili pod utjecajem trenutnih osjećaja prema trudnoći i majčinstvu. Pod utjecajem kognitivne disonance, mogle su i nenamjerno iskriviti odgovore pa tako svoje iskustvo trudnoće i majčinstva prikazati znatno pozitivnijim nego što uistinu jest.

S obzirom na to da su se u istraživanju pokrivala neke teme koje su djevojkama mogle biti neugodne, ne može se znati jesu li bile potpuno iskrene u davanju svojih odgovora. Želeći se prikazati u boljem svjetlu, djevojke su mogle davati i socijalno poželjne odgovore, osobito kada je riječ o djevojkama koje se boje da bi im mogla biti oduzeta djeca. Bez obzira na to što je sudionicima bila zagarantirana privatnost i anonimnost, u kontaktu s istraživačem one nikako nisu mogle biti anonimne.

ZAKLJUČAK

Rezultati ovog istraživanja pokazuju da postoji niz rizičnih čimbenika koji su prethodili adolescentskoj trudnoći sudionica, a neki od njih su nasilje u obitelji i partnerskim odnosima, rano stupanje u seksualne odnose, nedostatak znanja o kontracepciji te ulaženje u rizične seksualne odnose. Većina djevojaka imala je iskustva

s centrima za socijalnu skrb i prije trudnoće te su iskazivale različite oblike delinkventnog ponašanja.

Iako trudnoću sudionice uglavnom nisu planirale, ona je nakon početnog šoka dobro prihvaćena. Sve sudionice imale su podršku barem jedne bliske osobe te su, kada je to bilo moguće, uglavnom samostalno donosile odluku o zadržavanju trudnoće. Dio djevojaka istaknuo je stigmatizaciju od strane okoline, uključujući i roditelje nekih od njih.

Za djevojke majčinstvo najvećim dijelom predstavlja pozitivan životni događaj koji im je donio veću motivaciju za završavanjem škole, odgovornost i ozbiljnost. Unatoč teškoćama koje djevojke navode, prevladava pozitivna percepcija majčinstva.

Rezultati istraživanja pokazuju da postoji potreba za razvijanjem sustavnih preventivskih i intervencijskih programa kada su u pitanju adolescentske trudnoće. Cjeloviti seksualni odgoj ističe se kao najvažniji oblik prevencije, ali i veća dostupnost kontracepcije kao i mogućnost prekidanja trudnoće. Kada su u pitanju intervencije za majke adolescentice, postoji potreba za većim brojem stručnih radnika koji bi majkama mogli omogućiti veću podršku od dosadašnje, kao i razvijanje programa podrške.

REFERENCE

- Arenson J. (1994). Strengths and self-perceptions of parenting in adolescent mothers. *Journal of Pediatric Nursing*, 9, 251-257.
- Barn, R. i Mantovani, N. (2007). Young mothers and the care system: contextualizing risk and vulnerability. *British Journal of Social Work*, 37(2), 225-243.
- Barrett, D. E., Katsiyannis, A., Zhan, D. i Kingree, J. B. (2015). Predictors of Teen Childbearing Among Delinquent and Non-Delinquent Females. *Journal of Child and Family Studies*, 24(4), 970-978.
- Barnet, B., Liu, J., Devoe, M., Duggan, A. K., Gold, M. A. i Pecukonis, E. (2009). Motivational intervention to reduce rapid subsequent birth in adolescent mothers: a community based randomized trial. *The Annals of Family Medicine*, 7(5), 436-445.
- Brown, S. i Guthrie, K. (2010). Why don't teenagers use contraception? A qualitative interview study. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 15, 197-204.
- Brückner, H., Martin, A. i Bearman, P. S. (2004). Ambivalence and pregnancy: adolescents' attitudes, contraceptive use and pregnancy. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 36(6), 248-257.
- Borkowski, J. G., Whitman, T. L. i Farris, J. R. (2007). Adolescent mothers and their children: risks, resilience and development. U: J. G. Borkowski, J. R. Farris, T. L. Whitman, S. S. Carothers, K. Weed i D. A. Keogh (Ur.), *Risk and resilience: adolescent mothers and their children grow up* (str. 1-34). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Camp B. W., Holman S. i Ridgway E. (1993) The relationships between social support and stress in adolescent mothers. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 14, 369-373.
- Campa, M. I. i Eckenrode, J. J. (2006). Pathways to intergenerational childbearing in a high-risk sample. *Journal of Marriage and Family*, 68, 558-572.
- Cavazos-Rehg, P. A., Krauss, M. J., Spitznagel, E. L., Schootman, M., Cottler, L. B. i Bierut, L. J. (2013). Characteristics of Sexually Active Teenage Girls Who Would Be Pleased with Becoming Pregnant. *Maternal and Child Health Journal*, 17, 470-476.
- Chase, E., Maxwell, C., Knight, A. i Aggleton, P. (2006). Pregnancy and parenthood among young people in and leaving care: what are the influencing factors, and what makes a difference in providing support? *Journal of Adolescence*, 29(3), 437-451.

- Constantine, W. L., Jerman, P. i Constantine, N. A. (2009). *Sex education and reproductive health needs of foster and transitioning youth in three California counties*. www.californiateenhealth.org
- Cooper, C. E., McLanahan, S. S., Meadows, S. O. i Brooks-Gunn, J. (2009). Family structure transitions and maternal parenting stress. *Journal of Marriage and the Family*, 71(3), 558-574.
- Courtney, M., Dworsky, A., Ruth, G., Keller, T., Havlicek, J. i Bost, N. (2005). *Midwest evaluation of the adult functioning of former foster youth: Outcomes at age 19*. Chicago, IL: University of Chicago, Chapin Hall Center for Children.
- Crosby, R. A., Diclemente, R. J., Wingood, G. M, Davies, S. L. i Harrington, K. (2002). Adolescents' ambivalence about becoming pregnant predicts infrequent contraceptive use: a prospective analysis of nonpregnant African American females. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 186(2), 251-252.
- Dillon, M. E. i Cherry, A. L. (2014). An International Perspective on Adolescent Pregnancy. U: A. L. Cherry i M. E. Dillon (Ur.), *International Handbook of Adolescent Pregnancy: Medical, Psychosocial, and Public Health Responses* (str. 1-38). New York, NY: Springer.
- Ditsela, N. i Van Dyk, G. (2011). Risk Factors Associated with Adolescent Pregnancy: An Exploratory Study. *Journal of Psychology in Africa*, 21(4), 581-584.
- Dormire S., Strauss S. i Clarke B. (1989). Social support and adaptation to the parent role in first time adolescent mothers. *Journal of Gynecology and Neonatal Nursing*, 18(4), 327-337.
- Frost, J. J. i Darroch, J. E. (2008). Factors associated with contraceptive choice and inconsistent method use, United States, 2004. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 40, 94-104.
- Frost, J. J. i Oslak, S. (1998). *Teenagers' Pregnancy Intentions and Decisions: A Study of Young Women in California Choosing to Give Birth*. Occasional report. www.guttmacher.org/pubs/or_teen_preg_survey.html
- Gee, C. B. i Rhodes, J. E. (2008). A social support and social strain measure for minority adolescent mothers: A confirmatory factor analytic study. *Child: Care, Health and Development*, 34(1), 87-97.
- Geller, P. A. (2004). Pregnancy as a stressful life event. *CNS Spectrums*, 9(3), 188-197.
- Geronimus, A. T. (1997). Teenage childbearing and personal responsibility: An alternative view. *Political Science Quarterly*, 112, 405-430.
- Geronimus, A. T. (2003). Damned if you do: culture, identify, privilege, and teenage childbearing in the United States. *Social science and medicine*, 57(5), 881-893.

- Haight, W., Finet, D., Bamba, S. i Helton, J. (2009). The beliefs of resilient African-American adolescent mothers transitioning from foster care to independent living: A case-based analysis. *Children and Youth Services Review*, 31, 53-62.
- Henshaw, S. K. i Van Vort, J. (1994). Abortion services in the United States, 1991 and 1992. *Family Planning Perspectives*, 26(3), 100-106.
- Hanson S., Myers D. i Ginsberg A. (1987). The role of responsibility and knowledge in reducing teenage out-of-wedlock childbearing. *Journal of Marriage and the Family*, 49, 241-256.
- Hemen, I. (veljača 2015). *Karakteristike maloljetnih trudnica i majki na smještaju*. Rad prezentiran na konferenciji Mreža podrške za maloljetne trudnice i roditelje u Zagrebu.
- Hess, C. R, Papas, M. A. i Black, M. M. (2002). Resilience among African American adolescent mothers: predictors of positive parenting in early infancy. *Journal of Pediatric Psychology*, 27, 619-629.
- Hoggart, L. (2012). 'I'm pregnant ... what am I going to do?' An examination of value judgements and moral frameworks in teenage pregnancy decision making. *Health, Risk & Society*, 14(6), 533-549.
- Holden, G. W., Nelson, P.B., Velasquez, J. i Ritchie, K. L. (1993). Cognitive, psychosocial, and reported sexual behavior differences between pregnant and nonpregnant adolescents. *Adolescence*, 28(111), 557-72.
- Hotz, V. J., McElroy, S. i Sanders, S.G. (2005). Teenage childbearing and its life cycle consequences: exploiting a natural experiment. *The Journal of Human Resources*, 50(2), 683-715.
- Hrvatski zavod za javno zdravstvo. (2015). *Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2014. Web izdanje*. <http://www.hzjz.hr/publikacije/statisticki-ljetopis/>
- Hurd, N. M. i Zimmerman, M. A. (2010). Natural Mentoring Relationships Among Adolescent Mothers: A Study of Resilience. *Journal of Research on Adolescence*, 20(3), 789-809.
- Ivey, J. B. (1999). "Good little girls": reports of pregnant adolescents and those who know them best. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 22, 87-100.
- Jaccard J., Dodge T. i Dittus P. (2003). Do adolescents want to avoid pregnancy? attitudes towards pregnancy as predictors of pregnancy. *Journal of Adolescent Health*, 33(2), 79-83.
- Kendall, C., Afable-Munsuz, A., Speizer, I., Avery, A., Schmidt, N. i Santelli J. (2005). Understanding pregnancy in a population of inner-city women in New Orleans—results of qualitative research. *Social Science & Medicine*, 60(2), 297-311.

- Kirby D. (1997). *No Easy Answers: Research Findings on Programs to Reduce Teen Pregnancy*. Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy.
- Kissin, D., Anderson, J. E., Kraft, J. M., Warner, L. i Jamieson, D. (2008). Is there a trend of increased unwanted childbearing among young women in the United States? *Journal of Adolescent Health*, 43, 364 - 371.
- Knight, A., Chase, E. i Aggleton, P. (2006). Teenage pregnancy among young people in and leaving care: messages and implications for foster care. *Adoption & Fostering*, 30(6), 58-69.
- Kohler, P. K., Manhart, L. E. i Lafferty, W. E. (2008). Abstinence-only and comprehensive sex education and the initiation of sexual activity and teen pregnancy. *Journal of Adolescent Health*, 42(4), 344-351.
- Kuzman, M., Pavić Šimetin, I. i Pejnović Franelić, I. (2012). *Ponašanje u vezi sa zdravljem djece školske dobi - 2009/2010*. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo i HBSC.
- Lesser, J., Anderson, N. L. R. i Koniak-Griffin, D. (1998). "Sometimes you don't feel ready to be an adult or a mom": The experience of adolescent pregnancy. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 11(1), 7-16.
- Levine, J. A., Emery, C. R. i Pollack, H. (2007). The well-being of children born to teen mothers. *Journal of Marriage and Family*, 69, 105-122.
- Luke, N. i Sebba, J. (2014). *Effective parent-and-child fostering: An international literature review*. <http://reescentre.education.ox.ac.uk/research/publications/>
- Loxton, D., Williamson, J. S. i Adamson, L. (2007). *Barriers to service delivery for young pregnant women and mothers*. Newcastle: National Youth Affairs Research Scheme.
- Love, L. T., McIntosh, J., Rosst, M. i Tertzakian, K. (2005). *Fostering hope: preventing teen pregnancy among youth in foster care*. Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy.
- Mantovani, N. i Thomas, H. (2015). Resilience and survival: black teenage mothers 'looked after' by the state tell their stories about their experience of care. *Children & Society*, 29(4), 299-309.
- McMichael, C. (2013). Unplanned but not unwanted? Teen pregnancy and parenthood among young people with refugee backgrounds. *Journal of Youth Studies*, 16(5), 663-678.
- Meade, C. S., Kershaw, T. S. i Ickovics, J. (2008). The intergenerational cycle of teenage motherhood: An ecological approach. *Health Psychology*, 27, 419-429.

- Mićanović, M. (2013). *Zdravstveni odgoj: priručnik za nastavnike i stručne suradnike u školi*. Zagreb: MZOS i AZOO.
- Miller, T. A. (2005). *Making sense of motherhood: A narrative approach*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Miller, K. S., Levin, M. L., Whitaker, D. J. i Xu, X. (1998). Patterns of condom use among adolescents: The impact of mother-adolescent communication. *American Journal of Public Health*, 88(10), 1542-1544.
- Mueller, T. E., Gavin, L. E. i Kulkarni, A. (2008). The association between sex education and youth's engagement in sexual intercourse, age at first intercourse, and birth control use at first sex. *Journal of Adolescent Health*, 42(1), 89-96.
- Noll, J. G. i Shenk, C. E. (2013). Teen birth rates in sexually abused and neglected females. *Pediatrics*, 151(4), 1181-1187.
- Noll, J. G., Shenk, C. i Putnam, K. (2009). Childhood sexual abuse and adolescent pregnancy: A meta-analytic update. *Journal of Pediatric Psychology*, 34(4), 366-378.
- Nordberg, A., Delva, J. i Horner, P. (2014). Adolescent Pregnancy in Canada: Multicultural Considerations, Regional Differences, and the Legacy of Liberalization. U: A. L. Cherry i M. E. Dillon (Ur.), *International Handbook of Adolescent Pregnancy: Medical, Psychosocial, and Public Health Responses* (str. 205-224). New York, NY: Springer.
- Part, K., Moreau, C., Donati, S., Gissler, M., Fronteira, I., Karro, H. i REPROSTAT grupa. (2013). Teenage pregnancies in the European Union in the context of legislation and youth sexual and reproductive health services. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 92(12), 1395-1406.
- Pecora, P. J., Kessler, R. C., O'Brien, K., White, C. R., Williams, J., Hiripi, E., ..., Herrick, M. E. (2006). Educational and employment outcomes of adults formerly placed in foster care: Results from the Northwest Foster Care Alumni Study. *Children and Youth Services Review*, 28(12), 1459-1481.
- Picavet, C., van Berlo, W. i Tonnon, S. (2014). Adolescent Pregnancy in the Netherlands. U: A. L. Cherry i M. E. Dillon (Ur.), *International Handbook of Adolescent Pregnancy: Medical, Psychosocial, and Public Health Responses* (str. 449-464). New York, NY: Springer.
- Pinquart, M. i Pfeiffer, J. P. (2014). Adolescent Pregnancy and Parenthood in Germany. U: A. L. Cherry i M. E. Dillon (Ur.), *International Handbook of Adolescent Pregnancy: Medical, Psychosocial, and Public Health Responses* (str. 315-340). New York, NY: Springer.

- Plotnick, R. D. (1992) The effects of attitudes on teenage premarital pregnancy and its resolution. *American Sociological Review*, 57, 800-811.
- Pryce, J. M. i Samuels, G. M. (2010). Renewal and risk: The dual experience of young motherhood and aging out of the child welfare system. *Journal of Adolescent Research*, 25(2), 205-230.
- Rocca, C. H., Hubbard, A. E., Johnson-Hanks, J., Padian, N. S. i Minnis, A. M. (2010). Predictive ability and stability of adolescents' pregnancy intentions in a predominantly Latino community. *Studies in Family Planning*, 41(3), 179-192.
- Rolfe, A. (2008). 'You've Got to Grow up When You've Got a Kid': Marginalized Young Women's Accounts of Motherhood. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 18, 299-314.
- RTL. (14.11.2014). *Ministarstvo šalje naputak: Kako osigurati pravo žena na pobačaj?* <http://www.vijesti.rtl.hr/novosti/1406330/ministarstvo-salje-naputak-kako-osigurati-pravo-zena-na-pobacaj/>
- Saewyc, E. M., Magee, L. i Pettingell, S. E. (2004). Teenage pregnancy and associated risk behaviors among sexually abused adolescents. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 36(3), 98-105.
- Saim, N. J., Dufâker, M. i Ghazinour, M. (2014). Teenagers' Experiences of Pregnancy and the Parents' and Partners' Reactions: A Malaysian Perspective. *Journal of Family Violence*, 29, 465-472.
- Schrag, A. i Schmidt-Tieszen, A. (2014). Social Support Networks of Single Young Mothers. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 31(4), 315-327.
- Schwarz, E. B., Lohr, P. A., Gold, M. A. i Gerbert, B. (2007). Prevalence and correlates of ambivalence towards pregnancy among nonpregnant women. *Contraception*, 75, 305-310.
- Shaw, T. V., Barth, R. P., Svoboda, D. V. i Shaikh, N. (2010). *Fostering safe choices: Final report*. <http://archive.hshsl.umaryland.edu/handle/10713/3533>.
- Shelton, N. i Johnson, S. (2006). 'I think motherhood for me was a bit like a double-edge sword'. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 16, 316-330.
- Sinclair, I., Baker, C., Wilson, K. i Gibbs, I. (2005). *Foster children: where they go and how they get on*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- SmithBattle, L. (2007). Legacies of advantage and disadvantage: The case of teen mothers. *Public Health Nursing*, 24, 409-420.

- SmithBattle, L. i Wynn Leonard, W. V. (1998). Adolescent mothers four years later: narratives of the self and visions of the future. *Advances in Nursing Science*, 20, 36-48.
- Spear, H. J. (2001). Teenage pregnancy: "Having a baby won't affect me that much". *Pediatric Nursing*, 27(6), 574-580.
- Stanić, S. (Ur.). (2011). *Kada djeca imaju djecu: Analiza stanja i preporuke za postupanje u slučajevima maloljetničkih trudnoća i roditeljstva*. Zagreb: Ured UNICEF-a za Hrvatsku.
- Stevenson, W., Maton, K. I. i Teti, D. M. (1999). Social support, relationship quality, and wellbeing among pregnant adolescents. *Journal of Adolescence*, 22, 109-121.
- Stone N. i Ingham R. (2002). Factors affecting British teenagers' contraceptive use at first intercourse: The importance of partner communication. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 34, 191-197.
- Svoboda, D. V., Shaw T. V., Barth R. P. i Bright C. L. (2012). Pregnancy and parenting among youth in foster care: A review. *Children and Youth Services Review*, 34, 867-875.
- Štulhofer, A., Anterić, G. i Šlosar, S. (2004). Seksualna permisivnost, egalitarnost i odgovornost: longitudinalno istraživanje seksualnosti u kasnoj adolescenciji, 1998-2003. *Revija za sociologiju*, 35(1-2), 31-44.
- UNICEF. (2011). *The State of the World's Children*. New York, NY: United Nations Children's Fund.
- Vasilenko, S. A., Lefkowitz, E. S. i Welsh, D. P. (2014). Is sexual behavior healthy for adolescents? A conceptual framework for research on adolescent sexual behavior and physical, mental, and social health. *Positive and negative outcomes of sexual behaviors: New Directions for Child and Adolescent Development*, 144, 3-19.
- Vlada Republike Hrvatske. (2011). *Strategija razvoja sustava socijalne skrbi u Republici Hrvatskoj 2011. - 2016*. <http://www.mspm.hr>
- Wagnild G. i Young H. M. (1990). Resilience among older women. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 22, 252-255.
- Wakschlag, L. S., Gordon, R. A., Lahey, B. B., Loeber, R. G. i Leventhal, B. L. (2000). Maternal age at first birth and boys' risk for conduct disorder. *Journal of Research on Adolescence*, 10, 417-441.
- Walters, L. H., Walters, J. i McKenry, P. (1987). Differentiation of girls at risk of early pregnancy from the general population of adolescents. *Journal of Genetic Psychology*, 148(1), 19-29.

- Wiemann, C. M., Agurcia, C. A., Berenson, A. B., Volk, R. J. i Rickert, V. I. (2000). Pregnant adolescents: Experiences and behaviors associated with physical assault by an intimate partner. *Maternal and Child Health Journal*, 4(2), 93-101.
- Wilson, W. J. (1987). *The Truly Disadvantaged: The Inner City, the Underclass, and Public Policy*. Chicago: University of Chicago Press.
- World Health Organization. (2007). *Adolescent pregnancy - Unmet needs and undone deeds. A review of the literature and programmes*. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/discussion/en/
- Young, T., Turner, J., Denny, G. i Young, M. (2004). Examining external and internal poverty as antecedents of teen pregnancy. *American Journal of Health Behavior*, 28(4), 361-373.

Prilog A

VODIČ ZA INTERVJU

UVOD

Prije svega, želim ti se zahvaliti što si pristala sudjelovati u ovom istraživanju. Danas ćemo razgovarati o različitim temama vezanima uz tvoje iskustvo majčinstva i mislim da bih od tebe danas mogla puno toga naučiti. Neke od tema o kojima ćemo razgovarati su vrlo intimne i mogla bi se osjećati neugodno pa te molim da mi kažeš ako o nečemu ne želiš razgovarati. Isto tako, u bilo kojem trenutku možeš reći ako više ne želiš uopće razgovarati sa mnom i to je potpuno u redu. Tvoje mišljenje i stavovi su mi jako važni i zato bih voljela da mi na pitanja odgovoriš iskreno i da budeš opuštena koliko god je to moguće. Proći ćemo kroz nekoliko tema koje se tiču tebe, tvoje trudnoće i budućnosti. Na pitanja koja ću ti postaviti ne postoje točni odgovori, nego mi je važno ono što ti misliš. Sve što danas kažeš neće se moći povezati s tobom i svi tvoji podaci ostaju zaštićeni. Željela bih još napomenuti da, bez obzira na to što ja istraživanje provodim u (*ime ustanove*) i što te (*ime kontakt osobe*) pozvala da sudjeluješ u njemu, ja s (*ustanova*) nisam povezana ni na koji drugi način osim što su mi omogućili da na taj način dođem do tebe i drugih djevojki. S obzirom na to da ćemo danas proći puno tema, a nisam u mogućnosti zapamtiti sve što ćeš mi reći, voljela bih snimiti naš razgovor. Osim mene, nitko neće imati pristup snimci našeg razgovora. Je li ti to u redu?

Kao zahvalu za tvoje sudjelovanje u istraživanju, na kraju intervjua ćeš dobiti i poklon.

DEMOGRAFSKI PODACI

- Koliko imaš godina?
- Kada si rodila? / Koliko dugo si trudna?
- Kada usporediš financijski status svoje obitelji s drugima, što bi rekla – da si imala manje, jednako ili više od njih?
- Gdje si odrasla?

- Jesi li religiozna? Ideš li u crkvu?
- Što su ti roditelji po obrazovanju?

Reci mi nešto o sebi i svom djetetu.

- Koliko je staro?
- Ako je trudna, kada je porod?
- Kako se snalazite?

1. FAKTORI KOJI SU UTJECALI NA TRUDNOĆU: ISKUSTVA S UČENJEM O SEKSUALNOM RAZVOJU

Prva tema o kojoj ćemo razgovarati su tvoja iskustva s učenjem o seksualnom razvoju. Često mladi kažu da su više naučili jedni od drugih, nego u školi i obitelji. Kakvo je tvoje iskustvo?

- Sjećaš li se, jeste li učili u školi kako dolazi do trudnoće ili kako se od nje zaštititi?
 - Što ste učili?
 - Jesi li možda negdje drugdje čula/čitala o tome, pričala s nekim? S kim?
 - Što misliš, bi li se u školi trebalo pričati o tome? Na koji način? Koje bi bilo idealno mjesto za učenje o zaštiti?
- Jesu li roditelji razgovarali s tobom o seksu?
 - Ako da, što su rekli?
 - Ako ne, bi li htjela da jesu? Kako bi ti to pomoglo?
 - Jesu li postojale neke zabrane u kući vezane uz seksualnost?
- Kada je bio tvoj prvi seksualni odnos?
 - Je li ta dob u tvojoj školi/ među tvojim prijateljicama ili vršnjakinjama bila uobičajena?
 - Koliko si seksualnih partnera imala do sada?

- Mnoge djevojke se u tinejdžerskoj dobi upuštaju u nezaštićen seksualni odnos iz različitih razloga. Je li ti se prije nego što si zatrudnila dogodilo da si imala nezaštićen odnos?
 - Ako da, kako to?
 - Što misliš, iz kojih razloga se djevojke ove dobi upuštaju u nezaštićen seksualni odnos?

2. ODLUKA O TRUDNOĆI

Sada ćemo razgovarati o razdoblju neposredno prije i za vrijeme trudnoće.

- Kad si saznala da si trudna, kako si to saznala?
 - U kojem mjesecu trudnoće je to bilo?
 - Kako si reagirala?
 - Kako si se osjećala?
 - Koja je bila prva misao koja ti je prošla kroz glavu?
 - Kome si prvo rekla?
 - Jesi li imala neke brige ili strahove? Ako da, koje?
- Jesi li planirala trudnoću? / Jesi li prije nego što si ostala trudna htjela to ili ne ili ti je bilo svejedno?
 - Ako je planirala – Kako to da si planirala, što je to za tebe značilo?
- Kakva je bila reakcija okoline? Što su rekli?
 - partner, obitelj, prijatelji, škola
 - Jesi li imala njihovu podršku?
- Prije nego što si se odlučila roditi, jesi li razmatrala druge opcije umjesto porođaja?
 - Koje su to opcije bile?
 - Ako ih je razmatrala – Kako to da si se ipak odlučila zadržati bebu?
 - Tko je sve sudjelovao u donošenju odluke?
- Jesi li tada bila u vezi? Koliko dugo si tada bila s dečkom? Jeste li još uvijek zajedno?

3. PERCEPCIJA TRUDNOĆE

- Možeš li mi opisati razdoblje trudnoće?
- Na koji način si se pripremala za porođaj i bebu?
 - Čitanje knjiga, kontrole kod liječnika?
- Tko ti je (bio) najveća podrška za vrijeme trudnoće?
 - Na koji način vidiš da su ti oni podrška?
- Jesi li išla u školu za vrijeme trudnoće?
 - Ako ne, kada si prestala?
 - Ako da, koliko dugo si išla?
- Trudnice bi se obično trebale pridržavati nekih pravila za vrijeme trudnoće, a neke i mijenjati način na koji su do tada živjele. Pa tako neke prestaju pušiti ili piti ili skroz promjene prehranu. Koliko si se ti brinula za taj dio svog života, jesi li pušila, pila, vježbala?
 - Ako da, kako to?
 - Je li netko znao za to? Što su rekli?
- Bi li rekla za svoju trudnoću da je (bila) laka ili teška?
 - O čemu ti je to najviše ovisilo?

4. FAKTORI KOJI SU UTJEČALI NA TRUDNOĆU: ISKUSTVA KOD KUĆE

- Je li u tvojoj obitelji netko prije tebe rodio u dobi prije 18? Tko?
- Jesi li se prije trudnoće ikada brinula za djecu mlađu od tebe? Kako ti je to bilo?

5. MAJČINSTVO I BUDUĆNOST

- Što za tebe predstavlja majčinstvo? - To što ćeš postati/što si postala mama?
 - Koje promjene su se dogodile u tvom životu?
 - Kako se osjećaš kao (buduća) mama?/ Koji je dominantan osjećaj?
Primjećuješ li promjenu osjećaja tijekom trudnoće?
 - Koja razmišljanja ti se javljaju?
 - Primjećuješ li promjene u svom ponašanju? Kakve?
 - Nedostaje li ti nešto od „prošlog života“? Ako da, što?

- Na koji način se nosiš s majčinstvom?
 - Što ti je najveća briga?
 - Što ti olakšava?
 - Što ti otežava?
 - S kim pričaš?
 - Što radiš?
- Što bi ti rekla, što je za tebe dobra mama?
- Od koga najčešće tražiš savjete vezane za trudnoću i bebu?
- Koji su tvoji planovi za budućnost?
 - Osamostaljivanje, završetak škole?
 - Ako imaju partnera – planovi s njim?
 - Što želiš za svoje dijete?

6. ZA MAJKE I TRUDNICE KOJE ŽIVE U USTANOVU

- Koliko dugo si u domu?/Od kada si u domu? Jesi li već prije bila u nekom domu prije ovoga?
- Kako to da živiš u domu?
 - Je li ta odluka došla kao rješenje Centra za socijalnu skrb ili si tu svojevolumno?
 - Koji je razlog tome da živiš u domu?
- U kakvim si odnosima sa svojom obitelji?
 - Čujete li se, jeste li u kontaktu?
 - U kakvim ste odnosima, možeš li računati na njihovu podršku kada ti je potrebna?
- Kako ti je u domu?
 - Kako se slažeš s ostalim curama / stručnim osobljem?
- Postoje li neka pravila u domu koja se tiču seksualnih odnosa i kontakata s partnerom? Ako da, koja su to?
 - kontracepcija, informacije koje dobivaju
 - Što ti misliš o tim pravilima? Jesu li potrebna?

7. ISKUSTVA MALOLJETNIH MAJKI

- Mnoge maloljetne majke dožive osuđivanje u svojoj okolini. Imaš li ti slična iskustva?
 - Koja? Gdje? O čemu se radilo?
- Što misliš, što bi pomoglo maloljetnim trudnicama i majkama u Hrvatskoj da bi se lakše pripremile za bebu i da bi im bio olakšano razdoblje trudnoće?
 - Što bi trebala napraviti škola? Sustav?
- Imaš li neku poruku koju bi željela poslati djevojkama koje se nađu u sličnoj situaciji kao ti?
- Želiš li dodati nešto što nismo spomenule, a smatraš da je važno ili ti je bitno reći?